Rok XLVII. Kraków, dnia 16. maja 1908 Nr 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Prof. Dr Wal. Jaworskiego w Krakowie.

O krzywicy późnej.

Napisał

Docent Dr Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

Zastosowanie promieni Röntgena do badania rozwoju oraz chorób układu kostnego i możliwość stosowania tego badania za życia, dały w pewnych kierunkach lepsze wyniki, niż badanie anatomiczne tych spraw, a dyagnostyka chorób kości zyskała przez to na ścisłości. W przypadkach niektórych rzadszych chorób układu kostnego, gdzie dotąd tylko z pewnem prawdopodobieństwem można było rozpoznawać chorobę, a wątpliwą była przyroda cierpienia, można dzisiaj rozpoznanie to badaniem rentgenograficznem rozjaśnić i utwierdzić.

Najlepiej o tem przekonywa opisany poniżej przypadek krzywicy późnej. Zmiany chorobowe i objawy, spostrzegane w tym przypadku, zużytkowaliśmy nietylko na potwierdzenie naszego rozpoznania. Staraliśmy się także na podstawie własnych spostrzeżeń oraz spostrzeżeń, zebranych z dostępnego nam piśmiennictwa stwierdzić, że pojęcie kliniczne »krzywicy późnej« *(rhachitis tarda)* jako jednostki chorobowej jest, mimo niedowierzających lub przeciwnych zdań, zupełnie uzasadnione.

Spostrzeżenie własne.

Eleonora R., lat 17 licząca, szwaczka. Dziedzicznie nie obciążona. Rodzeństwo zdrowe. Do obecnej choroby zawsze zdrowa. Chodzić zaczęła wcześnie, ząbkowała prawidłowo.

Przed dwoma laty poczęła doznawać bólów w kostkach kończyn dolnych. Do bólów tych dołączyło się zgrubienie kostek. Dłuższe chodzenie sprawiało chorej bole, pojawiające się także w zakresie kości udowych i kości krzyżowej. Wkrótce potem chora zauważyła zgrubienia w zakresie nasad kości kończyn górnych, szczególnie wyraźne w okolicy stawów nadgarstkowych. Zgrubienia te nie były bolesne. Od $^{3}/_{4}$ roku chora nie chodzi o własnych siłach. Może się posuwać, opierając się o otaczające sprzęty. Od 2 miesięcy nawet przy pomocy nie chodzi. Leży w łóżku. Może siadać o własnych siłach. Stać sama nie może. Bolów w zakresie kończyn dolnych doznaje tylko przy usiłowaniu chodzenia. W przebiegu danej choroby częste, po kilka dni trwające biegunki, częste nieżyty oskrzelowe. W ostatnich miesiącach chora schudła i wynędzniała. Miesiączka wystąpiła w 15. roku życia, prawidłowa. Następne również zawsze prawidłowe. Przyjęta do kliniki 19. X. 1907

Stan obecny: Dziewczyna wzrostu małego, źle odżywiona, blada. Sutki dobrze rozwinięte. Uwłosienie głowy, wzgórka łonowego prawidłowe. Gruczoły karkowe powiększone, nieco twarde. Gruczoł tarczowy w całości powiększony, twardy. Szmerów naczyniowych nad nim nie słychać.

W narządach wewnętrznych klatki piersiowej i jamy brzusznej zmian nie wykryto.

Badanie ginekologiczne: *Virgo intacta.*

Odruchy kolanowe wzmożone. Zresztą w układzie nerwowym zmian nie ma.

Badanie krwi: Hb. 60% (Govers), krwinek czer. 6,400,000, krwinek biał. 4,600, w czem neutrofilów 49%, limfocytów 43%, eozynochłonnych 7·5%.

Układ kostny (ryc. 1 i 2):

b) *a)*



Rycina 1.
a) krzywica późna, *b)* zmiękknienie kości.

Obwód czaszki $53^{1}/_{2}$ cm. Guzy czołowe wyraźnie zaznaczone. Ciemiączka i szwy prawidłowe. Zęby dobrze utrzymane. Klatka piersiowa beczkowata, spiera się wprost na talerzach biodrowych. Przyczepy żeber do chrząstek żebrowych okazują bardzo wyraźne i znaczne zgrubienia (różaniec). Bolesności za uciskiem nie ma. Obojczyki nadmiernie powyginane. W połowie długości obojczyka lewego zgrubienie kostninowe po złamaniu. Kręgosłup w części piersiowej i lędźwiowej wygięty ku stronie lewej. Kość krzyżowa z zewnątrz zmian nie okazuje.

Miednica: zniekształtnień wyraźnych nie ma. *Dist. spinalis* 21 cm., *Dist. cristalis* 33, *Dist. trochanterica* 33 cm. Kości spojenia łonowego nie tworzą wystającego dzióba. Nawet za silnym uciskiem bolesności w zakresie kości miednicy stwierdzić nie można.

Najciekawsze zmiany spostrzegamy na kończynach. Nasady kości przedramion okolicy stawów nadgarstkowych są znacznie zgrubiałe. Zgrubienia te, nieco tkliwe za uciskiem, są miększe od kości prawidłowych. Obwód przedramion na wysokości nasad wynosi $15^1/_2$ cm. Obwód przedramienia 2 cm za nasadami wynosi 13 cm. Obwód przedramienia w połowie długości wynosi 17 cm. Długość ramion od pachy do końca palca trzeciego wynosi 53 cm.



Rycina 2.

Kończyny dolne znacznie zniekształtnione. Kości udowe są wygięte wypukłością na zewnątrz. Kości goleni mają znowu wygięcie, skierowane w stronę wprost przeciwną tak, że kolana schodzą się, tworząc tak zwane kolano koślawe. Dla zachowania zaś równowagi ciała, zaburzonej przez zniekształtnienie kości długich kończyn dolnych, wytworzyło się w zakresie kości stopy ustawienie, zwane stopą płaską. Nasady kości długich kończyn dolnych są wyraźnie zgrubiałe i za uciskiem tkliwe. Odległość paluchów nóg, przy zestawionych równo kolanach, wynosi 20 cm

Długość ciała całkowita wynosi 127 cm. Ciężar ciała 33 kg.

Ciekawe zmiany przedstawiają zdjęcia kości, dokonane zapomocą promieni Röntgena. Cień utkania kostnego kości długich wychodzi na zdjęciu znacznie jaśniej, niż w warunkach prawidłowych. Istota korowa tych kości tworzy tylko wąski szlak obejmujący dokoła rozrzedzoną istotę gąbczastą. Obraz ten przemawia za znacznem odwapnieniem kości (Rycina 3).

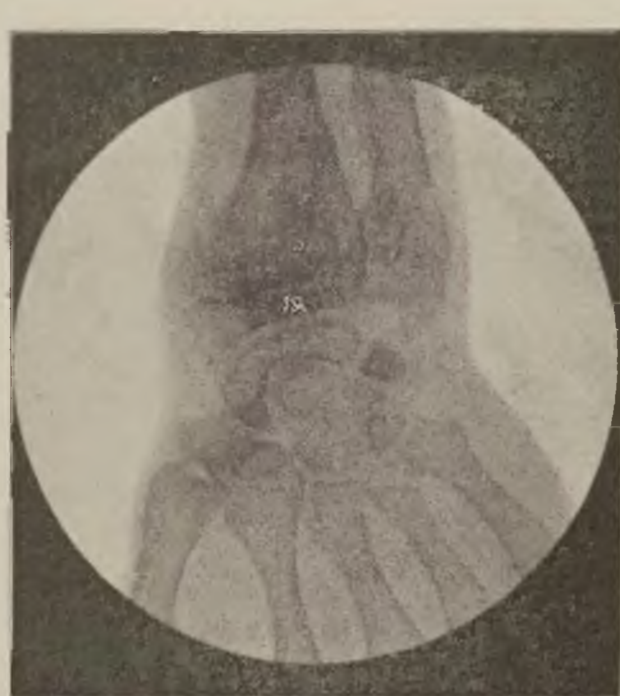


Rycina 3.

Jeszcze wyraźniejsze zmiany widać w miejscach zrastania się nasad z trzonami kości długich; szczególnie wyraźne zmiany te widać w przyręcznych nasadach kości przedramion (Ryc. 4). W warunkach prawidłowych nasady kości przedramion po stronie przyręcznej przylegają w 17. roku życia prawie zupełnie do trzonu kości, a na zdjęciu rentgenograficznem oznacza tylko wązki rąbek miejsce zrostu tych dwóch części kostnych.

W naszym przypadku miejsce to zaznacza się na zdjęciu promieniami Röntgena, jak pas chrząstkowy, około pół ctm. szeroki, dzielący przysadkę od trzonu kości. Powierzchnie zaś nasad i trzonów, stykające się z paskiem chrząstkowym, mają nieregularne zatokowate brzegi, spotykane zazwyczaj w nasadach kości dzieci, dotkniętych krzywicą.

Z przebiegu choroby wymienić należy: Chora pozostawała w leczeniu klinicznem od dnia 19. X. 1907 do dnia 10. II. 1908, t. j. przez 4 miesiące. Przez pierwszych kilka tygodni stosowano u chorej leki obojętne. Stan choroby w czasie tym nie poprawił się zupełnie. Następnie poczęto stosować przetwory gruczołu tarczowego. Chora odczuwała przy tem leczeniu poprawę już po



Rycina 4.

kilku dniach. Z powodu przypadłości w zakresie narządu krążenia leczenie to po tygodniu przerwano. Rozpoczęto podawać »ossin« Strohscheina, a poprawa utrzymywała się dalej. W czasie tego leczenia chora poczęła wstawać o własnych siłach. W ostatnich tygodniach pobytu w klinice mogła już chodzić po kilka kwadransów.

Zniekształtnienia i zgrubienia układu kostnego nie uległy widocznej zmianie. Ustąpiła tylko tkliwość nasad za uciskiem i stały się one twardsze.

Ponowne wykonane zdjęcia promieniami Röntgena stwierdziły znaczne zagęszczenie istoty kostnej, oraz zanik paska chrząstkowego, dzielącego nasady od trzonów kości długich.

Z przedstawionego powyżej opisu wynika, że mamy przed sobą chorobę ogólną, wywołującą zmiękknienie i zniekształnienie układu kostnego, której nie można jednak w całości wciągnąć w ramy schorzeń, przebiegających także wśród objawów zmiękknienia i zniekształnienia kości, a znanych pod nazwą zmiękknienia kości (osteomalacyi) i krzywicy.

Najczęstsza postać zmiękknienia kości tak zwana *osteomalacia puerperalis*, nie może wobec wieku i dziewictwa chorej wchodzić w rachubę.

Z innych postaci zmiękknienia kości należy jeszcze tylko zwrócić uwagę na t. zw. *osteomalacia infantilis*. Vierordt nie uznaje w swej monografii tej postaci chorobowej, a przypadek Rehna (1), badany histologicznie przez Reklinghausena, uważa za ciężką krzywicę. Mimo to

jednak zdaje się nie ulegać wątpliwości, że ten rzadki rodzaj choroby kości był kilka razy spostrzegany. Dla porównania z naszym przypadkiem przytaczam opisy nielicznych takich przypadków, zebranych z piśmiennictwa.

(Dok. nast.)

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Inaczej ma się sprawa z jadowitością moczu w chorobach ostrych zakaźnych i w niektórych przewlekłych. Wiele, zupełnie wiarogodnych sprawozdań dowodzi z całą pewnością, że ustrój chory wydziela drogą nerek ciała o wybitnych własnościach trucizn. Z pośród licznych, należących tu prac wymienić możemy badania Feltza i Ehrmanna, zajmujące się rozbiorem moczu chorych na dur brzuszny, ostrą gruźlicę, gościec stawowy, powtórzone z takim samym dodatnim wynikiem przez Rogera i Gaumego, badania Weilla w durze, Griffithsa w zapaleniu opłucnej i przy grypie, Briegera i Wassermanna w zimnicy, Kerryego i Koblera w całym szeregu chorób zakaźnych, takie same Albuego, dalej Baumanna i Undrańskyego w skazie cystynowej, Boineta i Silberta w chorobie Basedowa i t. d. Na pewne wyróżnienie zasługują badania w przypadkach chorób wątroby, ogłoszone przez Rogera, Boucharda, Randuego, Charrina, stwierdzające wybitną jadowitość moczu. Według Surmonta tworzą od tej ogólnej zresztą zasady wyjątek te przypadki, w których obok wątroby są chore także nerki. Trucizny zatrzymują się wtedy w ustroju, skutkiem niesprawności nerek, a mocz nie posiada wybitnie trujących własności.

Bardzo wątpliwe są. w przeciwieństwie do powyższych sprawozdań, wyniki badań moczu tych chorych, u których na podstawie pochodzenia choroby i jej klinicznych objawów należało się skłaniać do przypuszczenia, że tłem jej jest samozatrucie. Z wyjątkiem Jakobsona i Ewalda którym w jednym przypadku tężyczki udało się otrzymać połączenie o własnościach alkaloidów i podobnego wyniku, w tym samym zresztą przypadku, badań Albuego, nie udało się wykryć ciał trujących w moczu takich chorych. Dla ścisłości podnieść jednak trzeba, że w drodze stoją tu bardzo znaczne trudności wprost technicznej przyrody. Nie najmniejszą z nich jest potrzeba bardzo znacznych ilości moczu, boć z góry przyjąć należy, że rozczyny ciał trujących wydzielać się muszą w rozcieńczeniu nader znacznem. Jeśli już zebranie potrzebnej ilości moczu jest niełatwe, często niemożliwe, to tem trudniejszą jest przeróbka wielu jego litrów, a potem oczyszczanie otrzymanych ciał, dokładne zbadanie chemicznych ich własności, rozbiór drobinowy, oznaczenie własności biologicznych, działania trującego i t. d. Na zawody i niepowodzenia trzeba być wobec tego z góry poniekąd przygotowanym. W praktycznem życiu lekarskiem, a nawet i w klinice są więc takie prace nietylko bardzo trudne, ale często wprost niemożliwe, przynajmniej przy tych sposobach badania, którymi obecnie rozporządzać możemy.

Toteż po kilku niezbyt udanych próbach porzucono ten kierunek i zwrócono się w inną stronę. Głównie za sprawą Jakscha zaczęto szukać podstaw dla ściślejszego uzasadnienia samozatrucia w obecności większych ilości acetonu i kwasów eterosiarkowych.

Według przyjętych powszechnie zapatrywań, popartych zresztą wprost doświadczeniami Blumenthala i Neuberga, powstaje aceton z rozpadu białka. Im rozpad ten większy, tem większa ilość acetonu we krwi, tem obfitsze jego wydzielanie w moczu. Jest to tak ogólna zasada, że wobec niej nie można obfitszemu pojawianiu się tego związku przypisywać jakiegoś wyłącznego znaczenia w pewnej grupie chorób. Odróżniamy zresztą kilka postaci acetonuryi. Są to acetonurya gorączkowa, cukrzycza, acetonurya w przebiegu raka, wśród głodzenia, przy niektórych psychozach, wśród znacznych zaburzeń w narządzie pokarmowym, przy samozatruciu, po uśpieniu chloroformem. Tam, gdzie wiele przyczyn wywołuje ten sam skutek, trudno po skutku wnosić o przyczynie. Sam aceton jako taki, w tych ilościach, w których się wytwarza w ustroju, nie może być zresztą, według badań Frerichsa, uważany za truciznę. Nie można więc mówić o zatruciu acetonem. Tem mniej godziłoby się uważać acetonemię za samoistną jednostkę chorobową.

Większe znaczenie posiadają eterosiarkany. Obfitsze ich wydzielanie świadczy niewątpliwie o znaczniejszym rozpadzie gnilnym białka, a więc czyni tem samem prawdopodobnem przypuszczenie, że w przewodzie pokarmowym powstawać mogą wprost trujące związki. Jakkolwiek więc na tym jednym szczególe, że mocz zawiera większą ilość eterosiarkanów, nie można bezwarunkowo opierać rozpoznania, nie można utrzymywać, że w danym przypadku mamy przed sobą chorobę z samozatrucia, to jednak wartość takiego szczegółu jest dość znaczna, aby się w każdym razie starać o jego poznanie. Określenie ilości kwasu siarkowego, złączonego w podwójnych solach, a przynajmniej przybliżone ocenienie ilości indoksylu, jednego z tych połączeń, stanowić powinno w odpowiednich przypadkach nieodzowną część badania.

Z całego tego streszczenia, uwydatniającego chemiczny kierunek badań i otrzymane przytem wyniki, wypływa dość jasno, że pojęcia samozatrucia nie można na nich utrwalić dostatecznie. Mamy pewne linie wytyczne, pewne ogniwa, ale o stworzeniu całości nie może być jeszcze mowy. Mimo to nie byłoby właściwem odrzucać z tego powodu istnienie obrazów chorobowych, powstających skutkiem działania wewnątrzustrojowych, przez sam ustrój stworzonych czynników. W tem zwłaszcza, czego nas nauczyła organoterapia, znajdujemy wiele szczegółów, które samozatruciu, jako pojęciu etyologicznemu, nadają niewątpliwie prawo bytu w patologii. Najważniejsze z tych szczegółów uwydatniłem przed paru laty w osobnej pracy, poświęconej streszczeniu wyników badań organoterapeutycznych. Chemia nie umie nam i tam powiedzieć dokładnie, jakie to są te ciała, których brak w jednych, nadmiar w drugich przypadkach sprowadza czynność ustroju z prawidłowych torów, wywołuje szereg rozmaitych objawów chorobowych,

a nawet skończone obrazy patologiczne. A jednak nie mamy już, co do niektórych przynajmniej spraw, zasadniczych wątpliwości. Rozproszyły je doświadczenia na zwierzętach, wskazujące, że istota szkodliwych czynników leży bądź w działaniu trującem, bądź w braku działania odtruwającego, a pojęcia te utrwaliły niemało wyniki, osiągnięte za pomocą t. zw. zastępczego leczenia. Dalsze poszukiwania trwają zresztą dalej i spodziewać się wolno, że prędzej czy później powiedzie się wniknąć jeszcze głębiej w istotę wielu spraw biologicznych i poznać dokładnie ciemne dziś zagadnienia.

Dla sprawy samozatrucia mogą mieć niepodrzędne znaczenie najnowsze badania Popielskiego, zajmujące się jadami komórkowymi zdrowego ustroju. Doprowadziły one do poznania ciała trującego, które się znajduje w treści jelit i w ścianach przewodu pokarmowego, a nadto prawie we wszystkich innych narządach. Ciało to, nazwane przez Popielskiego wasodylatyną, zbliża się swojemi własnościami do alkaloidów zwierzęcych, czyli, jak tego żąda Jaksch, do dwuaminów, a pod względem jadowitości przypomina działanie choliny, a raczej związków pochodnych: neuryny i muskaryny, zwłaszcza tej ostatniej.

Wielkie rozpowszechnienie wasodylatyny, jej prawdopodobne powinowactwo z choliną, a więc w porządku wstępującym także z lecytyną, każe przypuszczać, że powstaje ona skutkiem rozpadu lecytyny przy trawieniu pokarmów białkowatych, i jako prawidłowy wytwór wymiany materyi znajduje się wszędzie tam, gdzie się odbywa praca komórek około biologicznego obrabiania białka, gdzie nastaje wytwarzanie, a potem rozkładanie białka ustrojowego, biogenu, jak je niektórzy fizyologowie nazywają.

Pojęciu białka ustrojowego, stworzonemu przez Voita i Hofmeistra, jako przeciwstawienie białka krążącego, które stanowi poniekąd surowy, zapasowy materyał, nadał właściwe znaczenie Pflüger. Ażeby je oddać zupełnie dokładnie, należałoby właściwie używać liczby mnogiej, mówić o białkach komórkowych, zaznaczając w ten sposób różnicę między białkiem, tworzącem budowę komórek rozmaitych narządów, a nawet jeśli zważymy podział wewnętrznej pracy biologicznej danego narządu, różnice między rozmaitemi grupami komórek tego samego narządu. Ale dzisiejsza chemia biologiczna musi iść jeszcze dalej i przyjmować gatunkowe, a nawet osobnicze, indywidualne różnice białka komórkowego i stwierdzić, że te gatunkowo i osobniczo różne biogeny są dla siebie biologicznie obce, w danym razie wprost trujące. Pogląd ten jest naturalnem następstwem odkrycia strątników białka, czyli precipityn i rozpuszczalników komórek, czyli lizyn. A dzięki badaniom Ehrlicha wiemy, przynajmniej co do rozpuszczalników krwi, że we krwi tworzyć się mogą nie tylko homolizyny, ale nawet izolizyny. Uzasadniają go także zmiany w składzie krwi, powstające bardzo rychło po wprowadzeniu do naczyń obcego białka. Zjawisko hiperleukocytozy trawiennej jest powszechnie znanym wyrazem tych zmian.

Wszystkie te szczegóły powtarzają się w ustroju, dotkniętym zakażeniem, względnie zatrutym jadami zakaźnymi. Działanie toksyn zwalcza ustrój przez tworzenie ciał ochronnych; wpływ rozczynów obcego białka również wzniecać musi czynne działanie komórek. Na tych podstawach, a potem na całym szeregu prac doświadczalnych opierają się nowoczesne poglądy o odporności i uodpornianiu, zawarte w znanej teoryi ogniw bocznych (Seitenkettenteorie) Ehrlicha.

Między odpornością wobec bakteryi i ich jadów, a odpornością wobec obcego białka, niszczeniem bakteryi i toksyn, a rozkładaniem, przyswajaniem i spalaniem istot białkowatych nie ma w myśl tej teoryi zasadniczych różnic. Przyjąć tylko trzeba wielorakość fizyologicznej wytwórczej pracy jądra fizyologicznego, owego głównego ogniwa Ehrlicha i różnorodność biologiczną ogniw bocznych, receptorów, spojonych z jądrem i amboceptorów, odłączonych od niego w celu dalszego samodzielnego już poniekąd spełniania biologicznych zadań. Jak długo sprawność ogniwa głównego jest zupełna, odbywa się bardzo łatwo i szybko, jako wyraz dostosowywania, wytwarzanie amboceptorów, które chwytać mają obcy materyał, zanim ten spoić się może z receptorami jądra, przerabiać go, rozkładać i spalać i czynić w ten sposób nieszkodliwym. Ale taka doskonała sprawność jest jednak ograniczona. Zdarzać się może, że zdolność wytwórcza nie wystarcza, że za mało powstaje amboceptorów, potrzebnego w danej chwili typu. Pewne ilości obcego ciała mogą wobec tego związać się wprost z receptorami, spojonymi z jądrem i wywierać na to jądro wpływ szkodliwy, upośledzić lub zupełnie zatrzymać jego pracę, a nawet zniszczyć je zupełnie. Stawać się może i tak jeszcze, że główne ogniwo wytęża się w jednym kierunku i że takie jednostronne nadmierne wytwarzanie pewnych amboceptorów wpływa na nie samo przez się niekorzystnie, wyczerpuje je i zużywa wreszcie zupełnie. W pierwszym i w drugim wypadku musi być nieprawidłowy tok komórkowej pracy ustroju, względnie zupełne ustanie tej pracy, w pewnym zakresie, naturalnem następstwem za wielkich lub niezwykłych zadań biologicznych. Na zewnątrz przejawia się taka niesprawność objawami niezwykłej wymiany materyi, wydzielaniem połączeń, które w stanie zdrowia opuszczają ciało w małej tylko ilości, albo, których zupełnie nie ma w wydzielinach, a w danym razie także zjawiskami, które na podstawie podobieństwa poczytywać musimy wprost za znamiona zatrucia. O ile chodzi o ciała pochodne od białka, wskazać tu można na pojawianie się w moczu leucyny i tyrozyny w przebiegu chorób wątroby, na cystynuryę, na alkaptonuryę, a zwłaszcza, ze względu na obchodzący nas w tej chwili bezpośrednio temat, na dwuaminuryę, jako na te sprawy, które dowodzą, że sprawa biologiczna przy przerabianiu połączeń białkowatych nie odbywa się należycie, że pewne rozkruchy, powstające z rozpadu drobin danego białka, nie ulegają dalszemu prawidłowemu obrobieniu biologicznemu: w ustroju brakło odpowiednich receptorów wyższego rzędu. Że takie pojmowanie rzeczy nie jest tylko teoretyczną dedukcyą, zdają się dowodzić wyniki badań swoistego odczynu surowicy krwi n. p. w durze brzusznym w tych przypadkach, w których mimo niewątpliwego zakażenia prątkami Ebertha nie powstaje odczyn Widala. Także i brak odczynu tuberkulinowego u chorych gruźlicznych, wyniszczonych przez chorobę, zaliczyćby wypadało do tej samej kategoryi zjawisk.

(C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

F. L. v. Neugebauer: **Hermaphroditismus beim Menschen.** Lipsk. 1908. Nakład Dr W. Klinkhardta. Str. VII i 748.

Okazały tom, wydany wytwornie, ozdobiony 346 rycinami, przedstawia owoc 15-letnich żmudnych studyów i badań nad obojnactwem, dokonanych przez autora, tak zaszczytnie znanego w naszem i zagranicznem piśmiennictwie.

Dzieło Neugebauera, obecnie najlepszego znawcy sprawy obojnactwa w świecie lekarskim, stanowi wielki podręcznik, rodzaj »encheiridion«, jak sam autor w przedmowie powiada, sprawy, której znaczenie czysto naukowe i praktyczne, t. j. zwłaszcza społeczne, nie było dotąd nigdy należycie ocenione. Od zajęcia się sprawą obojnactwa odstręczał badaczy zdaje się fałszywie pojęty wstyd przed tematem, tyczącym się jednego ze zjawisk życia płciowego. Toteż pojawienie się tak wyczerpującej monografii na rzeczony temat mogło nastąpić dopiero w czasach, gdy zdanie Mantegazzy, iż dla nauki nie istnieje nic wstrętnego i niemoralnego, bo wszystko, co ludzkie, wkracza w jej zakres, zyskało przebojem uznanie.

Streszczenia obszernej monografii Neugebauera niepodobna podać, tyle tam na pozór drobnych szczegółów, które przecież wobec istotnych przejawów życia przedstawiają się dla życia jednostek i społeczeństwa jako wysoce doniosłe. Ograniczę się zatem jedynie do podania podziału bogatej treści dzieła.

Po przedmowie i spisie treści znajdujemy wstęp, obejmujący 65 stron, w którym mieści się historyczny przegląd zapatrywań na zjawisko i genezę obojnactwa, począwszy od najdawniejszych pomników literackich. Do niego dołącza się wyczerpująco przedstawiona sprawa rozwoju narządów płciowych łącznie z wyjaśnieniem zboczeń w ich naturalnym a prawidłowym rozwoju. Bez tego rozdziału byłoby omówienie obojnactwa niezrozumiałe.

Teraz następuje z iście benedyktyńską pracowitością i skrzętnością zebrana i licznemi rycinami ozdobiona kazuistyka, obejmująca 1262 znanych dotąd przypadków obojnactwa, w tem bardzo znaczną liczbę przypadków własnych autora. Kazuistyka ta dozwala autorowi wysnuwać ogólne wnioski, tyczące się prawnego stanowiska osób o wątpliwej płci, podziału obojnactwa, jego rozmaitych postaci i stopni, powikłań z różnemi innemi wadami rozwojowemi, częstości jego, właściwości płciowych, charakteru, rozpoznania, fizyologii, psychologii, a wreszcie kryminologii obojnaków.

Zestawienie kazuistyki, jakoteż i wniosków ogólnych, z niej płynących, jest tak przejrzyste i praktyczne, że czytelnik może się z łatwością w tym ogromie treści zoryentować i znaleść to, czego w danej chwili ze sprawy obojnactwa dla wyjaśnienia potrzebuje.

Dziełem tem związał autor nazwisko swe po wszystkie czasy z naukowem zagadnieniem obojnactwa i każdy, który z niem się spotka, będzie musiał sięgnąć do tej pomnikowej pracy.

Spoglądając na ten ogrom pracy, odczuwamy mimowoli żal, że w naszem smutnem położeniu nie było wręcz możliwem wydanie tego dzieła w języku polskim, wobec czego zaszczyt stąd wynikający przepada bezpowrotnie dla naszego ubogiego naukowego piśmiennictwa. *Wachholz.*

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Axhausen. **Patologiczno-anatomiczne podstawy nauki o wolnem przeszczepianiu kości u człowieka i zwierzęcia.** (*Beihefte zur Mediz. Klin.* Rocznik IV. Zeszyt 2. 1908). W nauce o wolnem przeszczepianiu kości ścierały się ciągle ze sobą dwa zapatrywania, mianowicie Olliera i Bartha. Pierwszy z nich twierdził, że wprawdzie wszczepiać można do ustroju różne materyały kostne i te wgoić się mogą nawet bez oddzielania i wydzielania się na zewnątrz, że jednak najlepiej i najżywotniej wgajają się żywe, razem z okostną zabrane kawałki kości, wzięte ze zwierzęcia z tego samego gatunku, jak zwierzę operowane. Jedynie takie kawałki spajają się żywotnie z kością ustroju, nietylko nie znikając, ale owszem unaczyniając się i rosnąc na grubość.

Każdy inny materyał, czy kość, użyte do przeszczepiania, ulegają z czasem wydaleniu na zewnątrz, lub wessaniu, lub, co najkorzystniejsze, stopniowemu zastąpieniu przez żywotną tkankę kostną ustroju. Nieco inaczej zapatrywał się na rzecz Barth. Według niego każda kość, tak jeszcze żywa, jakoteż obumarła, tak pokryta okostną, jak i nie, tak wygotowana, jak i zmacerowana, odgrywa przy przeszczepianiu jedynie rolę ciała obcego, pobudzającego okoliczną tkankę kostną do energicznego wzrostu. Kość ta sama nigdy się nie wgaja, ale zostaje zawsze zwolna zastąpiona przez tkankę kostną ustroju.

Oba te zapatrywania znalazły swoich stronników i gorliwych obrońców. Praktyczne zastosowanie przeszczepiania nie mogło rozstrzygnąć tej sprawy, bo wyniki bywały i bywają tak różne, że żadnego zdania z nich wyrobić sobie nie można, zwłaszcza, że w razie udałego przeszczepiania u człowieka, o dalszych losach i o sprawie gojenia się nie możemy wiele się dowiedzieć. A chodzi tutaj o bardzo ważną sprawę, mianowicie, o rozstrzygnięcie pytania, czy do przeszczepienia koniecznie potrzebna jest kość żywa i to pokryta okostną i czy po przeszczepieniu kość ta zachowuje nadal żywotność, czy też obumiera, a wzrost dalszy odbywa się kosztem wszczepionej okostnej, czy też wreszcie według zdania Bartha, materyał, używany do przeszczepiania, jest obojętny, bo odgrywa tylko chwilową rolę pośrednika. Gdyby tak było, to chirurg nie potrzebowałby szukać dopiero żywej tkanki kostnej, narażać chorego na drugą operacyę celem uzyskania kawałka do przeszczepiania, ani brać tego kawałka ze zwierzęcia, lecz używałby gotowych, jałowych preparatów. Częściowo odpowiedź na te pytania dał nam mikroskop, zapomocą którego w doświadczeniach przekonano się, że wprawdzie kawałek kości przeszczepiony (z okostną) prawie zawsze obumiera, ale natomiast okostna przeszczepiona wytwarza nową tkankę kostną (Radzimowsky i Bonome). Pomiędzy przeszczepianiem kości bez okostnej, a przeszczepianiem martwego materyału nie ma żadnej różnicy. Jeżeli kawałki wszczepione wgoją się, to znaczy nie zostaną wydalone, to grają one jedynie rolę ciała obcego i zwolna ulegając wessaniu zostają zastąpione przez tkankę kostną ustroju. W przeszczepianiu kości bardzo ważną rolę odgrywa zatem okostna, co nie wyłącza jednak jeszcze możebności, że i przeszczepiona okostna może też w nieudałem przeszczepianiu uledz obumarciu. Dalsze badania, między innemi i autora, zdążały do głębszego wyświetlenia tej sprawy. Otóż przekonano się, że okostna, wszczepiona sama bez kości między części miękkie, bardzo często żyje dalej, zrasta się z otoczeniem i wytwarza nawet tkankę kostną. Prócz okostnej przyczynia się do wzrostu przeszczepionej kości także w danym razie zabrana część szpiku kości (Sultan).

Bardzo ważną rzeczą w tej sprawie było stwierdzenie przy udałem przeszczepieniu kości z okostną u człowieka, skąd bierze początek wzrost kości. Autor znalazł się w tem szczęśliwem położeniu, że mógł zbadać dokładnie drobnowidowo udałe przeszczepienie. Mianowicie po udałem przeszczepieniu kawałka kości piszczelowej w miejsce gruźliczo zniszczonej pierwszej kości śródstopia w 51 dni po operacyi wykonał autor z powodu zupełnego zniszczenia innych kości śródstopia odjęcie stopy podług Lisfranca. Badanie szczegółowe miejsca przeszczepionego dowiodło, że tak zapatrywania Bartha, jak i Olliera są pod pewnymi względami słuszne, ale i pod pewnymi względami mylne. Bo zgodnie z Barthem stwierdzono, że przeszczepiony kawałek mimo obecności okostnej obumarł, ale znów w przeciwieństwie do Bartha, a poczęści zgodnie z Ollierem przekonał się A., że martwy ten kawałek został zastąpiony już częściowo nową tkanką kostną, wytworzoną z okostnej i szpiku, należących do przeszczepionego kawałka. Główną rolę odgrywa tu jednak okostna, która, jak tego dowiodły doświadczenia Tomity, bardzo szybko bo już w 3 dni zrasta się z nowem otoczeniem. Bujanie tkanki kostnej bierze początek głównie z powierzchni rannych okostnej, dlatego też w leczeniu stawów wrzekomych należy wykonać zawsze kilka podłużnych przecięć okostnej. W dalszych doświadczeniach swych przeszczepiał autor na zwierzętach kawałki kości z okostną i bez, dalej kość wygotowaną i macerowaną i to tak w części miękkie, jak w inne kości; dalej przeszczepiał odjęte kawałki kostne z powrotem w to samo miejsce i to kawałki podłużne, lub pierścieniowate, wycięte z trzonu kości długich. Operował na królikach i psach. W doświadczeniach tych przekonał się A., że każda tkanka kostna, nawet przeszczepiona z okostną, obumiera. W razie udałego przeszczepienia tworzenie się nowej i zastępowanie przez nią obumarłej kości odbywa się od przeszczepionej okostnej. Co do kości bez okostnej, martwej, wygotowanej lub macerowanej, to nawet w tych przypadkach, w których nastąpiło pozorne wgojenie, kawałek ten leży zawsze luźno bez żadnego połączenia z tkanką żywą, jedynie oto-

czony włóknistą torebką. Tworzenie się nowej kości w kawałku przeszczepionym ze szpiku można również często stwierdzić.

Zbierając swe poglądy na tę sprawę, oświadcza A., że przy przeszczepianiu kości jedną z najwybitniejszych ról odgrywa okostna przeszczepionego kawałka, natomiast sam kawałek odgrywa rolę podrzędną. Przeszczepianie innych materyałów, jakoteż martwej kości, nawet w najkorzystniejszych warunkach daje tylko chwilową protezę, bo rosnąć i wypełnić ubytek może jedynie nowa kość, wytworzona z okostnej. *A. Klęsk.*

Höring. **Urazowe zapalenie ścięgien z wytwarzaniem się tkanki kostnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 13). Cierpienie powyższe, analogicznie do podobnego cierpienia w mięśniach, wystąpić może po urazie w postaci ostrej lub przewlekłej. Tkanka kostna wytwarza się tu pierwotnie lub według innych z zawleczonych wskutek urazu cząstek okostnej sąsiednich kości. W przypadku autora cierpienie wystąpiło w obu ścięgnach Achillesa po uderzeniu i zmusiło do wycięcia wytworzonej kości po jednej stronie ze ścięgna. *K.*

Kirchberg. **Ochranianie skóry przy miesieniu.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 12). Bardzo ważną, a nieraz rozstrzygającą sprawą przy stosowaniu miesienia jest stan skóry. Celem zapobieżenia powikłaniom, występującym wśród miesienia na skórze, podano różne środki ochronne. Golenie skóry okazało się zupełnie niestosownem; przeciwnie skóra staje się potem wśród miesienia coraz więcej szorstka. Przetwory lanoliny mają tę wadę, że wnikają podczas miesienia w skórę, zatykają otworki gruczołów łojowych i potowych i wywołują często trądzik. Oleje i płynna parafina rozpryskują się i walają ubranie lekarza i bieliznę chorego. Puder jest zanadto gładki. Tłuszcz wieprzowy prędko jełczeje. Zabłudowski posługiwał się dlatego chętnie osobnym gatunkiem waseliny, tak zwaną białą waseliną »Virginia«, zawierającą w sobie wodę. Waselina ta daje się łatwo ze skóry suknem ścierać, nie rozkłada się i nie wnika w skórę. K. szukał między nowymi przetworami jeszcze odpowiedniejszego środka i przekonał się, że najlepiej celowi odpowiada amerykańska waselina z polimeryzowanym suchym octanem glinu, wprowadzona w handel pod nazwą lenicetwaseliny. Chroni ona znakomicie skórę przy miesieniu nawet w przypadkach cukrzycy, obrzęków i blizn. Lenicetwaselinę zostawia się po miesieniu na skórze, nie ścierając. *Klęsk.*

Prof. Fiedorow. **O nerce ruchomej.** (*Russkij Wracz* 1908, Nr 1). Autor na podstawie 25 przypadków zaleca chirurgiczne leczenie nerki ruchomej, twierdząc, że umocowana podczas zabiegu operacyjnego nerka nie może ruszyć się z miejsca. Przedewszystkiem rozpatruje F. przypadki bez wyraźnych zmian w samej nerce. Chorzy skarżą się na występujące bez żadnego powodu napadowo kolki w okolicy lędźwiowej. Kolki te rozpromieniają się najczęściej w dół, w biodra lub w kierunku moczowodów, czasem zaś w górę pod łopatkę lub do dołka podsercowego. Kolkom towarzyszą wymioty, nudności, silne wzdęcie jelit i znacznie podwyższona ciepłota. Objawy te trwają od kilku godzin do kilku dni. Kolki nerkowe prawostronne mogą być wzięte za kolkę wątrobną; jeżeli jednak po napadzie daje się wymacać nerka ruchoma, zlekka bolesna, to rozpoznanie jest jasne. Kolki zależą albo od uwięźnienia nerki, albo od moczonercza, występującego nagle wskutek zagięcia lub nagłego przekręcenia moczowodu. Uwięźnienie następuje zwykle pomiędzy mięśniami przedniej i tylnej ściany brzucha, lub też między mięśniem lędźwiowo-udowym, a kręgosłupem. W ten sposób nerka uciskana jest przez mięśnie i ucisk sam przez się może wywoływać ból, nadto nagle zwiększa się ciśnienie wewnątrznerkowe wskutek przeszkody w odpływie krwi żylnej i moczu, co stwierdzono doświadczalnie. Wreszcie przyczyna kolek może leżeć w moczowodzie wskutek podrażnienia górnego jego końca lub jego błony śluzowej. Te bole, zwane moczowodowymi, trwają, póki istnieje przeszkoda w oddawaniu moczu. Nerce ruchomej często towarzyszy nieżyt okrężnicy, zwłaszcza kątnicy lub wyrostka robaczkowego. W tych przypadkach rozpoznanie różniczkowe jest dość trudne. Należy więc przedewszystkiem wyjaśnić przyczynę bolów, a potem rodzaj zapalenia kątnicy. Pierwsze — rozstrzyga się przez cewnikowanie moczowodów i określenie pojemności miedniczki nerkowej. Przy cewnikowaniu należy zwrócić uwagę na obecność ciałek ropnych lub drobnoustrojów w moczu; przy rozciąganiu nerki można wywołać napad kolek i stwierdzić podobieństwo wywołanych bolów z doznawanymi poprzednio. W sprawie nieżytowego stanu okrężnicy trzeba określić, czy jest on pochodzenia wtórnego wskutek ucisku, wywołanego przez przesuniętą nerkę i ewentualnego zastoju krwi, czy też jest sprawą pierwotną. Ważnem jest rozstrzygnięcie, czy okrężnica jest zajęta w całej rozciągłości, czy też tylko kątnica i okrężnica wstępująca: w pierwszym przypadku trudno jest winić nerkę ruchomą; w drugim — jeżeli istnieje podostry nieżyt wyrostka robaczkowego — wygodnie jest przy operacyi za jednym zachodem przyszyć nerkę i wyciąć wyrostek. Oprócz kolek zdarzają się i bole stałe, tępe lub pod postacią gniecenia, rozpromieniające się ku górze do dołka podsercowego. Bole te są zależne od powiększenia samego narządu wskutek przekrwienia biernego, od rozciągnięcia miedniczki wskutek wodonercza lub od towarzyszącego często zapalenia miedniczki nerkowej. W tym ostatnim przypadku operacya jest najbardziej wskazana: nerkę przyszywa się, a zapalenie leczy się przemywaniami. Niekiedy może też nerka ruchoma nie wywoływać wcale bolów, a jedynie zbyt częste parcie na mocz. F. radzi przyszywać nerkę we wszystkich tych przypadkach opadnięcia trzew (cierpienia, któremu towarzyszą zaburzenia nerwowe, a nawet psychiczne), kiedy większość skarg chorego daje się odnieść do nerki. Lucas de Championnère przypisuje objawy nerwowe podrażnieniu nadnerczy i na podstawie 60 przypadków stwierdza, że przyszycie nerki szybko objawy te usuwa. F. jednak, zgadzając się zresztą na teoryę podrażnienia nadnerczy, na ustępowanie objawów nerwowych po przyszyciu nerki patrzy sceptyczniej. Pracę kończy kilka spostrzeżeń z dziedziny anatomii patologicznej i fizyologii nerki ruchomej. Przy każdem przyszyciu nerki wycinał F. kawałek warstwy korowej, badany następnie przez prof. Moisiejewa, który znajdował zmiany następujące: znaczne rozszerzenie światła kanalików krętych, wypełnienie światła masą ziarnistą, spłaszczenie komórek nabłonkowych, czasem w nich znaczne przemiany wsteczne, zwyrodnienie szkliste poszczególnych kanalików, rozszerzenie torebek Bowmana, świeże i stare rozrosty tkanki łącznej o charakterze zapalnym — w tkance międzykanalikowej i w otoczeniu naczyń odprowadzających i doprowadzających kłębków; zmiany te dają się wytłomaczyć zastojem krwi żylnej i moczu, a czasem zmniejszeniem dopływu krwi tętniczej. Badanie moczu zmian wogóle nie stwierdza; opisano jednak przypadki białkomoczu i sam F. opisał przypadek białkomoczu, zjawiającego się po każdem obmacaniu nerki ruchomej. Badania Ruggi i Kuzmeckiego dowiodły, że nerka ruchoma pracuje gorzej, niż prawidłowa. W ten sposób i te dane przemawiają także na korzyść przyszywania nerki. *Nelken.*

Arnsperger. **Rozpoznanie i leczenie ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 11). Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego bywa często nie rozpoznawane, lub rozpoznawane jako zapalenie wyrostka robaczkowego. W początkach choroby, gdy nie ma jeszcze objawów otrzewnych, rozpoznawanie jest jednak zwykle łatwe, bo wymacać można przez powłoki napięty i bolesny pęcherzyk. Żółtaczki zwykle przytem niema. Prócz zapalenia wyrostka pomieniać można ostre zapalenie woreczka z kolką nerkową lub wrzodem żołądka, lub dwunastnicy. W ostrym okresie choroby stosować należy leczenie wewnętrzne. Operacya jest wskazana: gdy sprawa się przewleka bez poprawy ponad 4—6 dni, dalej gdy zagraża zapalenie otrzewnej lub też ostre ogólne zakażenie (dreszcze, wysoka gorączka, śpiączka, stale powiększająca się żółtaczka, napięcie powłok, przyspieszanie się tętna). Najpewniejszym zabiegiem jest wycięcie pęcherzyka. Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego występuje bardzo często u kobiet w ciąży lub w połogu, może wskutek zmian w ułożeniu trzew i odpływie żółci, wywołanych przez powiększenie macicy. *Klęsk.*

Guleke. **O doświadczalnie wywołanej martwicy trzustki i przyczynach śmierci przy ostrych zmianach trzustki.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Już w swej dawniejszej pracy na ten temat podniósł G., że przy ostrych zmianach trzustki śmierć wywołuje zatrucie ustroju przez wessane wydzieliny tego gruczołu. Nawet prawidłowy sok trzustkowy ma trujące własności, jak to na psach G. dowiódł. Zabiegi operacyjne, jak nacięcie trzustki i tamponada przy ostrem zapaleniu, mogą uratować życie jedynie tylko wtedy, gdy zatrucie nie doszło jeszcze wielkiego stopnia, wtedy jedynie bowiem możemy mieć nadzieję, że trującą wydzielinę odprowadzimy na zewnątrz. *K.*

Brewitt. **W sprawie operacyi ostrego krwotoku trzustki.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 11). Do 6 podobnych przypadków, operowanych w szpitalu »am Urban« w Berlinie, dodaje B. siódmy. Rozpoznania przed operacyą postawić nie było można, bo przeważały objawy rozlanego zapalenia otrzewnej. Trzustka była bardzo powiększona. Nacięcie trzustki, wypłukanie jamy brzusznej, tamponada, wyzdrowienie. *K.*

Cohn. **Związek między znalezieniem pewnych drobnoustrojów, a obrazem klinicznym przy ostrem zapaleniu**

wyrostka robaczkowego. (*Arch. f. klin. Chir.* T. 85, Z. 3). Haim wyraził zdanie, że obraz chorobowy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego ma pewne typowe cechy, zależne w każdym przypadku od rodzaju drobnoustrojów, chorobę wywołujących. Zwłaszcza dla zapaleń na tle paciorkowców obraz ten ma być typowy. C. na podstawie 43 przypadków z oddziału Körtego twierdzi naodwrót, że obraz chorobowy zupełnie nie zależy od rodzaju wywołujących chorobę drobnoustrojów. *K.*

Widmer. **Połowicza ciepłota przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 12). Różnice w ciepłocie obu połów ciała spostrzegano głównie przy porażeniach połowiczych. Odnosi się je do zaburzeń we wzgórku wzrokowym, ciałkach prążkowanych it.p. W. zwraca uwagę na różnicę ciepłoty obu połów ciała przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, przyczem ciepłota po stronie prawej ciała jest wyższa. W przypadku bardzo ciężkiego ostrego zapalenia wyrostka z przedziurawieniem spostrzegał W. różnice do 1·5°. Chora po operacyi wyzdrowiała. W 14 dni dostała znowu gorączki z powodu zakrzepowego zapalenia żył prawej kończyny dolnej, wtedy już jednak różnicy w ciepłocie ciała po obu stronach nie było. W. zwraca uwagę na to, że przy zapaleniu wyrostka zakażenie i powikłania zajmują głównie narządy po stronie prawej leżące, i różnicę w ciepłocie odnosi też do samej choroby. *Klęsk.*

Okulistyka.

J. Bistis. **O niedowidzeniu i ślepocie wskutek utraty krwi.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). W pewnej liczbie przypadków niedowidzenie lub ślepota występuje bezpośrednio po krwotoku, jest zatem jednym z objawów ogólnej ostrej niedokrwistości. Należy przypuścić w tych razach nagłe upośledzenie odżywienia, ostre niedokrwienie nerwów wzrokowych. Przeważnie jednak zaburzenia wzrokowe występują później, po miesiącu, a nawet po dwóch od dnia krwotoku. Tu, według anatomicznych badań Zieglera, zachodzą niewątpliwie zmiany następowe, mianowicie zwyrodnienie tłuszczowe włókien nerwu wzrokowego i ich zakończeń w siatkówce. Na uwagę zasługuje fakt, stwierdzony przez dotychczasowe spostrzeżenia, że zajęcie nerwów wzrokowych po utracie krwi występuje prawie wyłącznie u osób, które już poprzednio były wycieńczone, licho odżywione, osłabione, a więc n. p. po krwotokach przy wrzodzie okrągłym żołądka, przy raku macicy i t. p.; natomiast niezmiernie rzadko zdarzają się w następstwie krwotoków urazowych. *K. W. Majewski.*

Proell. **O zaburzeniach wzroku po utratach krwi.** (*Mediz. Klinik* 1908, Nr 13). Po utratach krwi występują czasem bardzo poważne zaburzenia wzroku, i to zwykle obustronnie, n. p. na jednem oku zaniewidzenie, na drugiem niedowidzenie. Wziernikiem stwierdzić można przytem tarczę zastoinową. Zaburzenia te występują częściej u kobiet, i to zwykle u osób, które już przedtem nie były zupełnie zdrowe. Zaniewidzenia takie pozostają zwykle już na zawsze, a zaledwo w 13·9 prc. następuje wyleczenie, a w 38·4 prc. lekka poprawa wzroku. Przyczyny tego powikłania nie znamy. Spostrzegano je po krwotokach żołądkowych, jelitowych, nosowych, macicznych (przypadek autora) i t. p. Leczenie: podniesienie ogólne odżywienia, wstrzykiwania strychniny, prąd galwaniczny. Holden wywoływał podobne zmiany w oczach u zwierząt doświadczalnie przez upusty krwi i odnosi je do zmian w nerwie wzrokowym i jego zakończeniach w siatkówce. Litten spostrzegał podobne zaburzenia po wypuszczeniu bardzo znacznej ilości płynu przy puchlinie brzusznej. *Klęsk.*

M. Landolt. **Zbiór objawów Bitota.** (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). Bitot pierwszy w r. 1863 zwrócił uwagę na przypadki równoczesnego występowania ślepoty zmierzchowej i zeskórnienia (kserozy) spojówki gałki w obrębie szpary powiekowej. Dziś wiemy, że w pierwszym rzędzie liche, a zwłaszcza mało azotu zawierające pożywienie i wogóle niekorzystne stosunki higieniczne są czynnikiem, wywołującym te objawy oczne. Spostrzegano niejednokrotnie nagminne występowanie ślepoty zmierzchowej w koszarach, więzieniach, w załogach okrętowych i t. d. L. podaje szczegółowy opis jednego takiego przypadku. *K. W. Majewski.*

Weiss. **O kształceniu ślepych i niedowidzących klas oświeconych.** (*Ophthalm. Klinik* 1907, Nr 24). Autor podaje w krótkiem streszczeniu sposoby nauczania ciemnych od urodzenia, różniące się zasadniczo od sposobów kształcenia ludzi, którzy posiadając już znaczny zakres wyobrażeń wzrokowych, następnie dopiero wzrok utracili. Wielką wagę przypisuje W. należytemu wyzyskaniu i metodycznemu wyrabianiu resztek wzroku, jakiemi częstokroć wychowankowie zakładów rozporządzają i zaleca w pierwszym rzędzie sposoby, podane do tego celu przez znakomitego wiedeńskiego pedagoga ociemniałych Hellera. Dalej podnosi szkodliwość zupełnego oddzielania ślepych od widzących. Doświadczenie poucza, że u ludzi ślepych wyrabia się zwykle usposobienie drażliwe, zamknięte w sobie i pewnego rodzaju podejrzliwość wobec otoczenia. Wzajemne obcowanie niewidomych może się tylko przyczynić do spotęgowania się tych ujemnych stron charakteru, zaś przeciwnie, jeśli się dzieci niewidome, o ile można, wprowadza w częste zetknięcie z widzącemi, to z czasem pozbywają się one tych przywar i uzyskują tak im potrzebną równowagę i pogodę usposobienia. *K. W. Majewski.*

Zimmermann. **Wprowadzanie jodu przez skórę.** (*Ophth. Klinik* 1907, Nr 22). Schindler i Wesenberg stwierdzili, że po jednorazowem wtarciu 5 gramów jotionu w postaci maści już po 3 kwadransach można wykryć jod w ślinie, a po 2 godzinach w moczu. W przeciwieństwie do jodku potasowego, który już w 48 godzin po zaprzestaniu zażywania znika z ustroju zupełnie, jotion, wtarty przez skórę, daje się wykryć w wydalinach jeszcze po upływie tygodnia. We wszystkich zatem cierpieniach ocznych, gdzie chodzi o trwałe przesycenie ustroju jodem, uważa Z. wcieranie maści jotionowej 25—30 prc. za wskazane. Szczególnie korzystne wyniki uzyskuje Z. w zołzowych zapaleniach oczu u dzieci przy równoczesnem odpowiedniem leczeniu miejscowem. *K. W. Majewski.*

Bourgeois. **Zranienia oka przez okruchy szkła z butelek szampana.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). Odłamki, powstające przy pękaniu butelek szampana, są duże, gdyż szkło tych butelek jest grube. Siła, z jaką uderzają i ranią oko, jest bardzo znaczna. Z tych powodów rany bywają wtedy ciężkie, duże i głębokie, ale zwyczajnie odłamków szkła nie zawierają. Ziejące rany rogówki, wkraczające częstokroć w obręb twardówki, radzi B. bezwarunkowo zeszywać zapomocą najcieńszego katgutu wśród możliwie dokładnej aseptyki. Tylko w ten sposób można położyć koniec wzmagającemu się nieraz wypływowi ciała szklistego i zapobiedz grożącemu zakażeniu. W swoich przypadkach zdołał B. przez niezwłoczne zaszycie rany i dokładne złożenie jej brzegów nietylko zachować gałkę oczną, ale nawet uratować jakąś część bystrości wzroku. *K. W. Majewski.*

van Durme i Stocké. **Zmiany oka późne po odczynie ocznym tuberkuliny.** (*Presse méd.* 1908, Nr 22). Autorowie spostrzegali w około 10 prc. przypadków zjawianie się guzków na spojówce gałkowej po zakropleniu 1 prc. tuberkuliny do oka i to w 10—60 dni po zabiegu. Wedle ich przypuszczenia guzki te są analogiczne do guzków, zauważonych na skórze przez Stadelmanna (zob. Deutsche med. Wochs. 1908, 2. luty) po odczynie skórnym Pirqueta, a w których Daels (Med. Klinik 1908. Nr 2) stwierdził utkanie gruźlicze. A więc wedle D. i S. odczyn oczny nie jest zupełnie niewinnym zabiegiem i stosować powinno się zawsze tuberkulinę nie 1 prc., ale więcej rozcieńczoną, n. p. $^1/_2$ prc. *Stahr.*

Pascheff. **O etyologii nieżytu wiosennego.** (*Arch. d'Ophth.* 1908, Nr 2). P. zwraca uwagę na białawe punkciki, które stwierdził w przypadkach nieżytu wiosennego w wyroślach i zgrubieniach, otaczających rogówkę. Z treści tych białych punkcików wyhodował on na bulionie w ciemności i w ciepłocie pokojowej prątki, podobne do prątków Löfflera, mające postać krótkich pałeczek, barwiących się najsilniej na obu końcach. P. podaje szczegóły, którymi prątek ten różni się od prątka rzekomobłoniczego i od prątka kserozy i wyraża przypuszczenie, że prątek ten jest czynnikiem, wywołującym objawy nieżytu wiosennego. *K. W. Majewski.*

Delord i Revel. **Porażenie akomodacyi w przebiegu cukrzycy.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). U 48-letniej kobiety, wydzielającej moczem 150 gr. cukru na dobę, wystąpiło nagle porażenie akomodacyi, co przy obustronnej nadmiarowości (+3,5 D) obniżyło bardzo znacznie bystrość wzrokową. Po miesiącu, gdy pod wpływem odpowiedniej dyety cukier przestał się wydzielać, akomodacya znowu nagle powróciła, a z nią dawna bystrość wzroku. Dodać należy, że temu porażeniu akomodacyi nie towarzyszyła żadna zmiana tęczówki i źrenicy, prawidłowej na obu oczach. D. i R. przypominają badania Piltza, który znalazł dwa ośrodki akomodacyi. Jeden wyższy, korowy w miejscu, gdzie się łączy płat ciemieniowy z płatem potylicznym, jest ośrodkiem akomodacyi, zależnej od woli. Drugi ośrodek znajduje się na podstawie mózgu poza wzgórkami czworaczemi. Tu kończy

się łuk odruchowy akomodacyi automatycznej, zależnej od wrażeń wzrokowych. D. i K. przypuszczają, że zatrucie cukrzycowe na drodze zwrotnej wiedzie do zahamowania fizyologicznej czynności wyższego korowego ośrodka akomodacyi. Przemawia za tem brak rozszerzenia źrenicy i jej prawidłowa ruchomość.

K. W. Majewski.

Howard. **Znaczenie nierówności źrenic.** (*Ophthalmology. Milwankée* 1908. Vol IV., Nr 2). Badania Schaumanna, Haeddeusa, Fraenkla, Feltona, Iwanowa i i. wykazują, że wrodzona nierówność źrenic u osób zresztą zupełnie zdrowych zdarza się stosunkowo często, co osłabia znamienne znaczenie tego objawu. — Wiadomo, że i w prawidłowych stosunkach średnica źrenic waha się w dość szerokich granicach. Lange na podstawie 1000 dokładnych pomiarów stwierdził, że: 1) Wielkość źrenic bywa u różnych osób bardzo rozmaita. 2) Z reguły kobiety mają źrenice szersze, niż mężczyźni. 3) Z wiekiem źrenice się zwężają. 4) U dalekowidzów źrenice są węższe, u krótkowidzów zaś szersze, niż u osób, mających wzrok prawidłowy. 5) Po 40. roku życia różnice zależne od wad refrakcyi coraz bardziej się zacierają. — W dalszym ciągu swej pracy, głównie sprawozdawczej, wylicza H. różne chorobowe w oku samem zachodzące zmiany, które wywołują nierówność źrenic lub upośledzają ich ruchomość. Ze stanu źrenic w tych przypadkach nie możemy żadnych wniosków wysnuwać co do zaburzeń w układzie nerwowym. Pozostaje zatem szczupła stosunkowo liczba zaburzeń źrenicznych, na których wolno nam wnioski takie opierać.

K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 8. kwietnia 1908.

Przewodniczy Prezes kol. Borzęcki. Obecnych członków 32.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Regiec wnosi do poprzedniego protokołu dodatkowo streszczenie swego wykładu: **O leczeniu skrzywień kręgosłupa sposobem szwedzkim.** Twórcą szwedzkiej gimnastyki był Piotr Henryk Ling, za którego staraniem założono w r. 1813 w Stokholmie t. zw. centralny zakład gimnastyczny. Zakład ten przyjmuje tylko młodzież z ukończoną szkołą średnią. Abituryenci zakładu, wykształceni oprócz gimnastyki i miesienia w anatomii, fizyologii i hygienie, stanowią osobny zawód t. zw. gimnastów, uprawnionych do nauki gimnastyki, która w tamtejszych szkołach jest przedmiotem codziennym i obowiązkowym, jakotéż do leczenia gimnastyczno-ortopedycznego. Metoda Linga różni się zasadniczo od t. zw. gimnastyki niemieckiej (Jahna) tak w doborze ruchów, jak i w ich wykonaniu. Celem jej nie jest kształcenie na siłaczy, lecz wyrabianie pięknej postawy o dobrze rozwiniętej klatce piersiowej. Zasługą Linga jest też wprowadzenie do gimnastyki leczniczej t. zw. ruchów oporowych, przyczem opór stawia ręka lekarza. Dla oszczędzenia pracy ludzkiej ręcznej obmyślił szwedzki lekarz Gustaw Zander szereg przyrządów do ćwiczeń mięśniowych w celach leczniczych i założył w r. 1865 w Stokholmie zakład leczniczo-mechaniczny, opierając się zresztą na tych samych zasadach, jak Ling. Maszynowy system Zandera rozpowszechnił się przeważnie w Niemczech, gdzie też zaraz powstały liczne jego »modyfikacye«, mniej w innych krajach, a co dziwniejsze, najmniej w Szwecyi. Dziś główni naukowi przedstawiciele gimnastyki szwedzkiej trzymają się t. zw. ręcznej metody Linga.

Na sposób leczenia skrzywień kręgosłupa metoda Linga wywarła wpływ wielki. Gdy przedtem wszelkie skrzywienia kręgosłupa starano się leczyć zapomocą maszyn, często prawdziwych narzędzi torturowych, to Ling utorował drogę do leczenia tych zboczeń t. zw. sposobem dynamicznym, t. j. przez wyrabianie mięśni grzbietowych i łopatkowych, mających na celu utrzymanie kręgosłupa w prawidłowem położeniu. Walka pomiędzy obydwoma sposobami toczy się dotąd. Prelegent przedstawia szkic leczenia skrzywień kręgosłupa według profesora Dra Widego, dyrektora »zakładu leczniczo-gimnastycznego« w Stokholmie. Leczenie to polega na miesieniu grzbietu, ćwiczeniach t. zw. wolnych, t. j. bez przyrządów, oraz na przyrządach, nielicznych i napozór bardzo prostych, jednakże w zastósowaniu bardzo praktycznych. Przy tym sposobie leczenia wyłączony jest wszelki szablon, oraz ruchy fałszywie zastósowane, czego przy użyciu maszyn uniknąć nie można.

Prelegent pokazuje następnie szereg ćwiczeń szwedzkich na oryginalnym stokholmskim przyrządzie, służących do uruchomienia i prostowania kręgosłupa, z których każde zarazem silnie wyrabia odpowiednie mięśnie, unikając wzmacniania już silniejszych mięśni, wywołujących skrzywienie. Następnie zapomocą licznych obrazów świetlnych objaśnia prelegent ten sposób leczenia i zestawia go z maszynowym sposobem niemieckim, krytykując zwłaszcza nowsze t. zw. przyrządy wahadłowe niemieckie. Oprócz gimnastyki używają szwedzcy ortopedyści przyrządów stałych, jak odpowiednich gorsetów, podkładek do obuwia i t. p. Podnieść należy zwłaszcza gorset ortopedyczny, dawno w Szwecyi stósowany, a zupełnie podobny do gorsetu systemu Hessinga. Nakoniec przedstawia prelegent bardzo prosty, a praktyczny i niezmiernie dokładny sposób mierzenia zboczeń kręgosłupa zapomocą fotografii na kliszach z podziałką kratkową.

W dyskusyi, odpowiadając na zarzuty kol. Doc. Chlumskyego, stwierdza prelegent, że tylko pierwszy z przedstawionych niemieckich przyrządów wahadłowych jest dawniejszego systemu Knackego i Dresslera, jednak i dziś jeszcze powszechnie używany, inne zaś przedstawione są najnowszymi niemieckimi wynalazkami Schultessa i Hoffy. Właśnie w najnowszych czasach zarzucono w Szwecyi zupełnie wszelkie maszyny do leżenia, peloty i t. p. w leczeniu skrzywień kręgosłupa, a i w Niemczech coraz więcej zwolenników właśnie w ostatnich czasach zyskuje metoda gimnastyczna. Na dowód wskazuje prelegent na nowsze prace naukowe niemieckie w »Zeitschrift für orthop. Therapie«. Co do uwag kol. Chlumskyego o dziedziczności skrzywień kręgosłupa, a małym wpływie n. p. złego siedzenia w szkole i t. p., to prelegent własnem wieloletniem doświadczeniem stwierdził, że dziedziczna skłonność do skrzywień niewątpliwie istnieje, ale dzieci nie rodzą się krzywe (z wyjątkiem rzadkich przypadków), tylko nabywają skrzywień w olbrzymiej większości właśnie w pierwszych latach szkolnych. Sprawy maszyn oporowych, poruszonej w dyskusyi przez kol. Wachtla, prelegent nie omawia, ponieważ maszyny oporowe Zandera, używane z pożytkiem w leczeniu innych chorób, z leczeniem skrzywień kręgosłupa prawie nic nie mają wspólnego.

1) Kol. Kozłowski opowiada o 2 przypadkach ze swej praktyki prywatnej: **wyprysk twarzy i głowy po farbowaniu włosów,** które wyleczył nowym przetworem »farina«.

2) Kol. Mayzel miał zapowiedziany odczyt: **Choroby weneryczne, a prostytucya.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos koledzy: Karpiński, Żydłowicz, Landau, Regiec, Borzęcki, Blassberg i prelegent.

W zastępstwie sekretarza: *Dr Owsiński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

X. Posiedzenie naukowe d. 1. maja 1908.

Przewodniczący Prym. Pisek poświęca kilka słów wspomnienia tragicznie zmarłemu namiestnikowi, Andrzejowi hr. Potockiemu, podnosząc prócz innych zasług jego starania około budowy nowych klinik i przyspieszenie zaprowadzenia nowszych urządzeń asanizacyjnych we Lwowie. Przemówienia tego wysłuchali obecni stojąco. Następnie zawiadamia przewodniczący, że na wezwanie Polskiego Komitetu międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Budapeszcie zaproponował zarząd na delegatów: Prof. Gluzińskiego, Prym. Piseka, Prof. Sieradzkiego i Dr Wit. Ziembickiego. W końcu uprasza o zgłaszanie się do sekretarza tych kolegów, którzy mają zamiar wziąść udział w zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze.

I. Prof. Wiczkowski przedstawił preparat serca **z dwoma tętniakami tętnicy głównej,** rozpoznanymi za życia, z których jeden uciskał na t. płucną, drugi na tchawicę. Głównym objawem za życia była stała duszność, ze strony zaś serca szmer skurczowy, drugi ton wybitnie zaakcentowany, wreszcie tętnienie i podnoszenie się drugiego międzyżebrza.

W dyskusyi wspomina Dr Franke o podobnym przypadku ucisku t. płucnej przez tętniak ze znacznem następowem rozszerzeniem komory prawej i niedomykalnością względną ujścia żylnego prawego. Podawanie naparstnicy w takich przypadkach nie daje dobrego wyniku. — Dr Obtułowicz wspomina

również o podobnym przypadku, rozpoznanym za życia.— Prym. Pisek zapytuje, czy były objawy Cardarellego i Schröttera, na co otrzymuje odpowiedź, że ich nie było.

II. Dr Blumenfeld: **O nowszych próbach seryodyagnostycznych w kile na podstawie niektórych własnych spostrzeżeń.** Na wstępie omawia prelegent szczepienia kiły na małpach i o ile zmieniły one nasze zapatrywania na sprawę odporności i uodparniania przy kile. Próby serodyagnostyczne przeprowadzano początkowo również na zwierzętach. Prelegent objaśnia teoretyczne podstawy dla próby Wassermanna, Neissera i Brucka, t. j. wiązania komplementów. Okazało się, że zamiast substancyi podstawionej swoistej można użyć lecytyny. Użycie jej pociągnęło za sobą wprowadzenie w kile prób precypitacyjnych (pierwsi Fornet i Schereschewsky, potem Porges i Meier w pracowni Wassermanna). Prelegent badał według przepisu Porgesa 35 surowic, z tych 5 nie rozpatrzył, gdyż kiła była wątpliwa. Z 14 przypadków, gdzie była niewątpliwie kiła, w 4 powstał strąt z lecytyną; z 16, gdzie kiłę można było wyłączyć, strąt był w 5, (w tem 2 gruźlice). Widać z tego, że o swoistości próby nie może być mowy. Własność więc surowicy tworzenia z lecytyną strątów nie uprawnia do rozpoznania kiły. Jeszcze mniej nadaje się próba Klausnera (0,2 surowicy, 0,7 wody dest.) lub próba z 20% wyskokiem. Inaczej przedstawia się próba Wassermanna. Tysiące spostrzeżeń świadczą, że występuje ona prawie wyłącznie w kile. Ujemną jej stroną jest, że występuje znacznie rzadziej w przebiegu, gdy nie ma objawów kiły. Wskazówek prognostycznych i leczniczych próba ta nie daje, również nie rozstrzyga, czy osobnikowi, dotkniętemu kiłą, można pozwolić zawrzeć związki małżeńskie.

W dyskusyi podnosi Prof. Sieradzki, że to samo, co o próbie Wassermanna, można powiedzieć i o precypitacyi, używanej w celach sądowo-lekarskich. Inne wyniki n. p. otrzymuje się z krwią z człowieka żywego, inne ze zmarłego. — Dr Feuerstein, który wkrótce przedstawi wynik swych badań nad sprawą serodyagnostyki w kile, nie może się zgodzić na zupełne potępienie próby z lecytyną. Różnicę między wynikami prelegenta, a innych badaczy, wywołały może pewne niedokładności w technice, t. j. niezupełna zawiesina lecytyny i zbyt wysoki jej odsetek. Zawiesinę dobrą można otrzymać przez rozpuszczenie lecytyny w eterze i dopiero następowe dodanie rozczynu fizyol. soli. — Dr Selzer czyni uwagę, że gdyby do pipety dostawał się osad, powstały wskutek nienależycie wytworzonej zawiesiny, musiałby prelegent mieć większą ilość wyników dodatnich. — Prof. Kučera uważa sprzeczne wyniki koll. Blumenfelda i Feuersteina, choć otrzymane w jednym zakładzie, t. j. w zakładzie higieny, za rzecz korzystną dla dalszego toku badań. Próby przedstawione prowadzą na nowe tory. — Dr Blumenfeld w odpowiedzi kol. F. wyjaśnia, że zawiesinę przyrządzał ściśle wedle przepisu Porgesa i Meiera i podobnie, jak oni, w 0,2%, dalej zaznacza, że rozczyn powinno się, o ile możności, sporządzać zawsze świeży.

III. Dr Szumowski: **Spór o amerykańskie pochodzenie kiły.** (Rzecz przeznaczona do druku). *Witold Nowicki.*

XI. posiedzenie naukowe d. 8. maja 1908.

I. Prof. Ziembicki przedstawia: *a)* chorą ze znacznem, prawdopodobnie nowotworowem **powiększeniem warg sromnych mniejszych,** *b)* dziewczynkę, dawniej już z powodu wysokiego stopnia obustronnej **stopy szpotawej** przedstawianą, u której po jednej stronie przeciął ścięgno Achillesa, wyciął kość skokową i części kości łódkowej. Wynik operacyi tak co do kształtu stopy, jak i jej używania, bardzo dobry.

II. Dr Czyżewicz jun. przedstawia: *a)* Preparat **włókniako-mięśniaka** znacznych rozmiarów, wyciętego **z powłok brzusznych** chorej 40-letniej. Guz dochodził do spojenia łonowego na 2 palce powyżej pępka, na trzewia zaś brzuszne uciskał znacznie, dochodząc aż do kręgosłupa. *b)* Przypadek **włókniakomięsaka jajnika** z przerzutem znacznego stopnia w sieci. *c)* Przypadek wrodzonych zmian narządu płciowego. 20-letnia chora nie miała nigdy miesiączki, a tylko od 18. roku życia w okresach 4-tygodniowych bole dołem brzucha, trwające 8 dni. Badanie zewnętrzne stwierdziło guz, wychodzący z miednicy małej, a dochodzący na 2 palce poniżej pępka; badanie wewnętrzne stwierdziło zarośnięcie $^1/_3$ górnej części pochwy. Rozpoznano krwiak śródmaciczny **(haematometra)** i jajowodowy **(haematosalpinx)** obustronny na tle wrodzonej niedrożności pochwy. Przez laparotomię wydobyto z trudnością zmieniony i pozrastany z otoczeniem narząd płciowy aż do miejsca zarośnięcia pochwy. Wobec 20 godzin po operacyi trwającego bezmoczu i wobec znalezienia kawałeczka wyciętego moczowodu w preparacie, otwarto po raz drugi jamę brzuszną, wyszukano i wszczepiono w pęcherz sposobem Witzla przecięty moczowód, z drugiego zaś moczowodu zdjęto założoną podwiązkę. Odtąd mocz odchodził prawidłowo. Chora z powodu wylania się moczu do przymacicza gorączkowała. W 10 dni po operacyi zaczął wydzielać się mocz przez ranę brzuszną, obok tego oddawała go chora drogą naturalną. Świadczyło to o przetoce pęcherzowej lub o niewygojeniu się moczowodu. Wobec tego postanowiono ranę brzuszną wygoić, a potem dopiero leczyć przetokę operacyjnie. Tymczasem w kilkanaście dni mocz przestał wyciekać przez ranę, która zagoiła się potem dobrze. Cystoskopem stwierdzono dobrze wgojony moczowód. Prelegent zwraca uwagę na rzadkość przetrzymania tak poważnych powikłań i na rzadkość samoistnego zagojenia się przetoki moczowej, którą wobec tego przebiegu trzeba przecież uważać za pęcherzową.

W dyskusyi wyraża Prof. Kadyi przypuszczenie, że mocz może wydobywał się przez odcinek przeciętego moczowodu, przymocowany do pęcherza. — Dr Skałkowski nie robiłby w przedstawionym przypadku laparotomii, lecz starałby się otworzyć drogę do macicy przez pochwę.

III. Dr Mazurkiewicz: **O mechanizmie procesu myślowego w gonitwie wyobrażeń i w obłędzie pierwotnym.** M. podaje kilka przykładów gonitwy wyobrażeń różnych stopni, począwszy od zbliżonych do prawidłowego myślenia, a kończąc na przykładzie zupełnego bezładnego kojarzenia dźwięków. Następuje Liepmannowska analiza gonitwy wyobrażeń, z zaznaczeniem wielkiej zasługi tego autora, który udowodnił, że t. zw. prawa kojarzeniowe, które według niektórych autorów mają wyłącznie rządzić prawidłowemi myślami, panują właśnie w bardziej wyłączny sposób w gonitwie wyobrażeń, aniżeli w usystemizowanej pracy myślowej ludzi zdrowych. Drugą zasługą Liepmanna jest stwierdzenie, że różnica pomiędzy myśleniem prawidłowem a gonitwą wyobrażeń wynika nie z braku lub istnienia pewnych formalnych zasad kojarzeniowych, ale tłomaczy się istnieniem pewnej materyalnej zasady myślenia prawidłowego, której nie ma w gonitwie wyobrażeń. M. wywodzi, iż Liepmann w dalszych swych wywodach cofnął się z początkowo obranej drogi i wszedł całkowicie w dziedzinę dawniejszych abstrakcyi psychologicznych, przyczem wpadł w błędy, które mu klinicznie można udowodnić. Mianowicie na podstawie historyi choroby chorego na przewlekłe pomieszanie *(paranoia)* udowadnia M., że krańcowem przeciwieństwem gonitwy wyobrażeń nie jest planowe myślenie prawidłowe, jak twierdzi Liepmann, ale system bredzeniowy w obłędzie pierwotnym. Za drugi błąd w wywodach Liepmanna uważa M. przypisywanie wyobrażeniom różnej wartości i siły. M. z rozbioru gonitwy wyobrażeń i obłędu pierwotnego dochodzi do wniosku, że wyobrażenia są tylko martwymi symbolami, że w gonitwie wyobrażeń następuje niwelacya nie tych ostatnich, ale niwelacya wartości czynników realnych, w obłędzie pierwotnym podniesienie wartości jednego czynnika do nieskończoności. Wskutek tego istnieje w obu tych stanach chorobliwych równowaga stała (jakkolwiek krańcowo przeciwnej natury), w przeciwieństwie do równowagi ruchomej w myśleniu prawidłowem. Wreszcie na przykładzie najlżejszego stopnia gonitwy wyobrażeń wskazuje M. na możność zastosowania powyższych wyników do klinicznej oceny, czy dany przypadek pograniczny należy już zaliczyć do dziedziny patologii, czy też jeszcze uważać za prawidłowy.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos: Dr Feuerstein, Prof. Sieradzki, Prof. Twardowski, Dr Świątkiewicz i prelegent. *Witold Nowicki.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z dnia 20. Marca 1908.

1) Dr Karwowski przedstawia fotografię 20-letniej chorej, cierpiącej od 4 lat **na toczeń.** Toczeń zajął nietylko całą twarz, oszczędzając jedynie części owłosione głowy, ale w postaci pancerza rozszerzył się na **całe piersi i brzuch** aż do pępka, ustając prawie nagle na ramionach. Rozszerzenie tocznia w tak stosunkowo krótkim czasie w takich rozmiarach należy do rzadkości. Niestety chora już wyjechała i nie można jej przedstawić.

2) Radca Dr Chłapowski przedstawia odlew medalu z r. 1498, z wizerunkiem Ephorinusa, lekarza krakowskiego. Z oryginału, znajdującego się w Monachium, kazał p. H. Mańkowski zrobić odlew, który ofiarował Wydziałowi. Prelegent opi-

suje czasy, w których żył Ephorinus. Zygmunt August miał wielką liczbę lekarzy nadwornych, do których należał także Ephorinus. Ephorinus urodził się na Śląsku we Fridbarku, kształcił się u Erazma z Rotterdamu, gdy tenże bawił we Fryburgu. W Padwie złożył egzamin doktorski, a uszlachcony przez Karola V. w Rzymie, ożenił się z panną Vogelweider z Krakowa, rezygnując z posiadanego probostwa. W Krakowie skłaniał się ku reformacyi. Tu też został zamianowany przez króla lekarzem kopalni wielickich, za co pobierał 20 marek rocznie. Około roku 1579 żył jeszcze, medal zaś wybity został na 20-letnią rocznicę ślubu.

3) Radca Dr Chłapowski przedstawia **kilka preparatów z zaduszeń wskutek zadławienia się pokarmami.** Przypadki takie są właśnie u nas dość częste. Przeważnie chodzi o połykanie mięsa, kiełbas i t. d. Przełyk u zwierząt jest tem węższy, im wyżej stoją w hierarchii rozwojowej. Prelegent mówi następnie o mechanizmie łykania, który jest bardzo powikłany. Zajmowali się tą sprawą Haller i lekarz poznański Neifeld, który niegdyś wydawał w Lesznie pierwsze pismo lekarskie polskie. Że płyn nie dostaje się do żołądka przez poruszanie w przełyku, tylko wtryskuje, tego dowodzą poparzenia np. ługiem, które nie obejmują całej przestrzeni przełyku, tylko niektóre miejsca.

W dyskusyi wspomina Dr Smoliński o zadławieniu się korkiem gumowym, Dr Chachamowicz przytacza przypadek Langerhansa, którego własne dziecko udusiło się ciastkiem podczas wstrzykiwania surowicy. — Dr Skoczyński stwierdza, że zadławienia zdarzają się przy porażeniu opuszkowem prawdziwem i rzekomem. Porażenie opuszkowe rzekome zdarza się w podeszłym wieku, gdy wskutek stwardnienia tętnic przerywają się drogi nerwowe między korą, a jądrami. S. spostrzegał w Charité w Berlinie chorego na tę chorobę, który nauczył się odżywiać jak kura, wpuszczając sobie pokarmy tak, że prawem ciężkości dostawały się do żołądka. — Dr Karwowski przy tej sposobności zapytuje się, jak tłómaczyć dławienie się w napadach żołądkowych chorych na wiąd. — Dr Skoczyński zaznacza, że mechanizm tych odruchów nie jest dostatecznie wyjaśniony.

3) Dr Chłapowski przedstawia rycinę ropuchy, znalezionej w szczelinie góry o 150 stóp niżej poziomu. Chodzi o *Staphiopus Hammondi*, żyjący tylko w norach. Żaba ta musiała przebyć w tem miejscu setki lat. Po wydobyciu dawała słabe znaki życia, po kilku miesiącach zaczęła się znów odżywiać, wzrok jednak straciła.

4) Po uwagach Dra Smolińskiego, dotyczących nadużyć pewnych aptek, poleca Dr Karwowski przetwory lecznicze i kosmetyczne z apteki p. Malinowskiego w Warszawie.

Zebranie z dnia 3. Kwietnia 1908.

1) Dr Pomorski przedstawia dwa przypadki **niedrożności jelit.** Jeden z nich P. operował i wyciął pętlę, w której znalazło się mnóstwo glist dżdżownicowatych. Im to przypisuje P. skurcz kiszki i zagięcie się jej.

W dyskusyi wspomina Dr Mieczkowski o przypadku niedrożności jelit, wywołanym przez wyrostek robaczkowy. M. przeciął postronek, zaciskający jelita, które potem przyszły do siebie. Gdy nastąpiło już porażenie jelit, operacya jest zwykle za późna. — Dr Chachamowicz wspomina o przypadku niedrożności, wywołanej przez ciało obce, mianowicie kamień żółciowy. — Dr Mieczkowski widział przy takiej sprawie kamień żółciowy wielkości jabłka. — Dr Łazarewicz mniema, że chodziło może w przypadku Dra Chachamowicza o żółtaczkę wtórną, albo jakieś cierpienie narządów kobiecych, podnosi różnicę między zawęzleniem, a niedrożnością jelit. Ł. widział załamanie się kiszki w zrostach po wyjęciu torbieli; atropina z morfiną dała w tym przypadku wynik pomyślny. Ł. poleca gorąco atropinę, ezerynę, pilokarpinę w wielkich dawkach, i to naprzód 1 mg., potem naraz 4 mg. z morfiną. — Dr Chłapowski wspomina o przypadku zapalenia krezki pętli esowatej (*mesosigmoiditis*), gdzie prześwietlenie promieniami Roentgena z pomocą bizmutu uwydatniło chore miejsce. — Dr Krysiewicz zwraca uwagę, że w przypadku Dra Łazarewicza może było zwyczajne porażenie po laparotomii. Na takie istotnie działa atropina korzystnie. — Dr Mieczkowski wspomina, że w przypadkach porażenia jelit po zapaleniu wyrostka atropina nic nie działała. M. widział przypadek zapalenia krezki pętli esowatej, w którym przy cięciu zwinięta i bardzo wzdęta pętla wypadła. Przez rurę wypuszczono gazy i nastąpiła drożność. — Dr Święcicki opisuje przypadek u histeryczki, u której po każdej operacyi (a było ich pięć), pozostawały coraz większe zrosty. S. podnosi rzadkość zrostów w nowszej chirurgii; dawniej, gdy stosowano nadmierne oczyszczanie jamy brzusznej środkami przeciwgnilnymi, były zrosty znacznie częstsze, co potwierdza także Dr Krysiewicz. — Dr Karwowski powraca do przedstawionego preparatu Dra Pomorskiego. Zdaniem K. nie ma wątpliwości, że pierwotnie było tu zapalenie otrzewnej, które wywołało zrost; zrost ten zupełnie jasno przeciąga i skręca obumarłą wskutek tego kiszkę. Glisty co najwyżej mogły wywołać zapalenie i zrosty. Tłómaczenie niedrożności skurczowej uważa za niewystarczające. (Późniejsze badanie w poznańskim Zakładzie patologicznym potwierdziło to zapatrywanie). — Dr Pomorski obstaje przy swojem zapatrywaniu. Wspomina o pani Horn w klinice Martina, która pierwsza zastosowała gotowaną oliwę przy laparotomii.

2) Następnie Dr Karwowski przedstawia szereg nowych przyrządów, mianowicie **cystoskop Bierhoffa** do moczowodów, odznaczający się znakomitą optyką i bardzo wązkim kalibrem; dalej **elektrodę** Dra Kappa do leczenia czerwoności nosa; elektrodę **krokową,** oraz przyrząd do mięsienia drgawkowego cewki według Bossa. — Dr Dembiński nie przyznaje teoretycznie wartości elektrodzie Kappa; praktycznie jej nie próbował.

3) Następnie Dr Mieczkowski opisuje wypadek **zanokcicy kiłowej,** który spostrzegał razem z Drem Karwowskim. Mimo operacyi sprawa nie goiła się, dopiero zastosowanie wcierań rtęciowych zagoiło nietylko zastrzał, ale i wpłynęło na gorączkę, która odpowiednio do ilości wcierań ustępowała.

4) Dr Łazarewicz przedstawia list Dra Polaka z Warszawy, który zaprasza na Zjazd higienistów polskich do Krakowa.

5) Następnie komisya Walnego Zebrania, składająca się z Drów: Chłapowskiego, Gantkowskiego, Karwowskiego, Dembińskiego, Krysiewicza i Łazarewicza zdaje sprawę ze swych czynności celem zgotowania godnego przyjęcia dla miłych gości z Krakowa i Warszawy, przybywających na 50-letni jubileusz Wydziału. *Dr Karwowski.*

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady Zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1904.

Omówił

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

(Dokończenie.)

10. Opieka nad ułomnymi.

Pomimo, że w Galicyi jest w stosunku do zaludnienia mniej obłąkanych, niż w innych krajach austryackich (39 na 100.000 ludności wobec średniej liczby 65 w całem państwie), dla $^2/_3$ tych chorych miejsca w zakładach w r. 1904 jeszcze nie było. Stosunki te obecnie już poprawiły się nieco po rozszerzeniu zakładu kulparkowskiego, a poprawią się znacznie za lat kilka po otwarciu zakładu w Kobierzynie: i wtedy jednak jeszcze około $^1/_3$ obłąkanych nie znajdzie miejsca w zakładach. Z 4.315 matołków (o 2·7% więcej niż w r. 1903) znowu tylko jeden był w zakładzie zaopatrzenia. Liczba głuchoniemych (11.300) wzrosła w porównaniu z r. 1903 o 0·45%; ciemnych (4.532) ubyło 203. Co do liczby głuchoniemych zajmuje Galicya już trzecie miejsce wśród krajów austryackich, co do ciemnych, których zaledwo 1·37% było umieszczonych w zakładach, nawet już drugie. Liczby te i stale stwierdzany brak opieki na tymi ułomnymi są jednym z najprzykrzejszych szczegółów sprawozdań Rady zdrowia.

11. Oględziny zwłok. Cmentarze. Trupiarnie. Obdukcye. Przewóz zwłok.

Co do oględzin zwłok, zaledwo w $^1/_4$ przypadków dokonanych przez lekarzy, rok 1904 nietylko nie przyniósł poprawy, ale nawet był gorszy od poprzedniego (25·3 wobec 26·07%). Cmentarzy nowych urządzono w r. 1904 — 22, rozszerzono 31; w tym względzie pokonywać trzeba ogromne trudności (ubóstwo gmin, brak stosownych gruntów, przesądy i t. p.) podobnie, jak i w sprawach trupiarni, których zdołano jednak w r. 1904 wywalczyć 33. Dane o sekcyach policyjno-sanitarnych i sądowych określa sama Rada zdrowia i w tym roku jako niedokładne.

12. Służba zdrowia

lekarska zaczęła się właśnie w r. 1904 ilościowo zmniejszać; w porównaniu z r. 1903 spadła liczba lekarzy w kraju o 17 i wynosiła 1410 (z nich we Lwowie 328, w Krakowie 237, razem 37·2% wszystkich, osiadłych w kraju). Stosunek odsetkowy lekarzy na rozmaitych posadach (891) i wolnopraktykujących (519 = 39·4%) prawie się nie zmienił. Patronów chirurgii ubyło 8, pozostało w r. 1904 — 95. Obok wiadomości o Izbach lekarskich, które pomijam, jako znane skądinąd, zawiera sprawozdanie wzmiankę o stanie Towarzystwa lekarzy galic., przemilczając (dlaczego?) o innych Towarzystwach lekarskich w kraju.

Liczba aptek publicznych wzrosła o 5 (do 290); domowych aptek było 65. Wizytacye aptek stwierdziły w 16 usterki, za które ukarano grzywnami.

Położnych przybyło 67. Z 2.308 położnych, praktykujących w r. 1904, 62·7% nie miało żadnej posady; stosunki te nieco się polepszyły, bo w r. 1903 było 64·2% położnych bez posad. Położne egzaminowane były czynne przy 21·1% wszystkich porodów w kraju. Jestto ciągle jeszcze odsetek bardzo mały. Kontrolowano akuszerki na 303 zgromadzeniach (16 więcej, niż w r. 1903); wynik kontroli był wogóle zadowalniający, lepszy, niż w roku poprzednim. Zresztą co do sprawy pomocy położniczej w kraju, jak również i co do sprawy partactwa leczniczego, o którem kilka danych zawiera i ostatnie sprawozdanie Rady zdrowia, należałoby chyba znowu odwołać się na artykuły zeszłoroczne »Przeglądu lek.« i »Głosu lekarzy«.

13. Gminna służba zdrowia.

W żółwiem tempie tworzenia okręgów sanitarnych nie zaszła w r. 1904 zmiana; w roku tym było 142 okręgów sanitarnych w 68 powiatach, przybyło więc tylko 6. Z tych 142 okręgów było w r. 1904 czasowo nieobsadzonych 15. Jeszcze 6 powiatów nie miało w r. 1904 ani jednego okręgu sanitarnego, 19 tylko po jednym. W czterech okręgach od szeregu lat lekarze ciągle się zmieniają, bo z powodu nędznych warunków materyalnych żaden nie może się utrzymać. Jedna jedyna Rada powiatowa dobromilska okazała dbałość o los swych 3 lekarzy okręgowych, przyznając im dodatki pięcioletnie i prawa emerytalne... Płace i koszta podróży lekarzy okręgowych wyniosły w r. 1904 232.000 koron; na jednego przypada średnio zaledwie o 50 koron rocznie więcej, niż w r. 1903 (1828 K wobec 1771 K).

Przykre te sprawy omawiałem już nieco obszerniej w r. z. Tu wspomnę tylko, że r. 1904 nie przyniósł wiele zmian na lepsze. Wniesiona w r. 1904 do Sejmu (i później uchwalona) nowela do ustawy z d. 2. II. 1891 d. u. k. Nr 17 dała wprawdzie lekarzom okręgowym stanowisko mniej zależne od wpływów miejscowych, przyznając prawo obsadzania okręgów i wyznaczania płac Wydziałowi krajowemu, ale nie unormowała postępowania dyscyplinarnego, a brak to dotkliwy, jak się okazało niedawno w znanym powszechnie przypadku. Nie utworzono też w Wydziale krajowym osobnego nadzorczego organu sanitarnego, którego słusznie domagała się sejmowa komisya sanitarna jeszcze w r. 1904. W sprawie stworzenia funduszów emerytalnych dla lekarzy okręgowych zasłaniał się m. i. Wydział krajowy w r. 1904 tem, że fundusze takie istnieją tylko w krajach od Galicyi bogatszych, jak Czechy i niższa Austrya. Od tego czasu nawet i ten argument stracił swój walor; minęło już kilka sesyi sejmu galicyjskiego, w czasie których miała ta piekąca sprawa już »napewno« być załatwiona... Lekarze okręgowi przeczekali cierpliwie wszystkie te terminy, i po upływie lat czterech znajdują się tam, gdzie byli w r. 1904.

O powiatowych komisyach sanitarnych czytamy w sprawozdaniu krótkie, ale wymowne słowa: »jeżeli gdzie istnieją, to zazwyczaj nie bywają zwoływane«. (Wyjątek stanowią powiaty brzozowski i horodeński). Widocznie w r. 1904 oddziałał jeszcze gorzej, niż dawniej, fatalny przykład głównych miast. We Lwowie w roku tym odbyła miejska komisya sanitarna tylko 3 posiedzenia, w Krakowie nie była ani razu nawet zwoływana. I nie pod tym jednym względem grzeszyły zarządy obu stolic. We Lwowie było już w r. 1904 przynajmniej o jednego, w Krakowie przynajmniej o 2 lekarzy miejskich zamało, a pod tym względem niema dotąd (r. 1908) poprawy. (W Krakowie ma poprawa nastąpić podobno po obsadzeniu wakującej jeszcze posady naczelnego lekarza miejskiego). Sprawozdań swych urzędów zdrowia w r. 1904 ani Lwów, ani Kraków nie ogłaszały. (Lwów poprawił się w r. z., w Krakowie dotąd o tem głucho). Nic dziwnego, że i z miast mniejszych, stanowiących samoistne gminy sanitarne (w r. 1904 było ich 68, o 3 więcej, niż w r. 1903) tylko 4 (Buczacz, Przemyśl, Rzeszów, Tarnów) zdobyły się w r. 1904 na ogłoszenie takich sprawozdań. (W latach następnych jeszcze kilka miast naśladowało ten dobry przykład, o czem w swoim czasie w »Przegl. lek.« donosiliśmy). Rada zdrowia, powtarzając w r. 1904 życzenie, by takie sprawozdania ogłaszane były, doradza dla zmniejszenia kosztów drukować je »w którémś z pism lekarskich«; myśl tę podnieśliśmy też i w naszem piśmie, wskazując na »Przegląd higieniczny«, jako zdaniem naszem najodpowiedniejszy.

Lekarze miejscy i gminni (z wyłączeniem Lwowa i Krakowa) otrzymali płac w roku 1904 165.116 K., średnio pobierali przeto rocznie po 2.428 K.

Położnych okręgowych było w r. 1904, 500 (więcej o 19), gminnych 319 (więcej o 14). Uwagi Rady zdrowia o niewłaściwym stosunku odsetkowym posad okręgowych do gminnych przytoczyłem już w r. z. Jeden tylko powiat śniatyński ma wyłącznie posady gminne, co jest najwłaściwszem. Nędzne pobory położnych okręgowych (średnio rocznie tylko 168 K.) i gminnych (tylko 123 K.) nie zmieniły się w r. 1904 w porównaniu z r. 1903 wcale.

15. Krajowa Rada zdrowia

której skład w r. 1904 został na następne trzechlecie odnowiony, odbyła w tym roku 9 posiedzeń (nieco mniej, niż w latach 1901—1903) i załatwiła 65 spraw. Podnoszono publicznie w r. b., że byłoby pożądane, gdyby z obrad Rady zdrowia mogły do wiadomości powszechnej być podawane dane szczegółowe; domagano się nawet streszczania toku dyskusyi, wiadomości nietylko o tem, że taką a taką sprawę Rada zdrowia rozstrzygnęła, ale jak, i dlaczego tak, a nie inaczej ją rozstrzygnęła. Nie zdaje mi się, aby to miało być zawsze rzeczą pożądaną, zwłaszcza, że znaczną część czynności Rady zdrowia stanowią n. p. wydawanie opinii o wysokości taks szpitalnych, o tworzeniu aptek, koncesyach na różne zakłady i t. d. Natomiast bardzo pouczające i pożyteczne mogłoby być ogłaszanie orzeczeń i elaboratów Rady zdrowia w sprawach zasadniczych, na wzór postępowania Najwyższej Rady zdrowia, której takie zasadnicze orzeczenia pojawiają się od czasu do czasu w »Oesterreichisches Sanitätswesen«. Pozostawanie takich cenniejszych prac naszej Rady zdrowia w rękopisie może być istotnie stratą, szczególnie ze względu na stosunki w naszem społeczeństwie, w którem tego rodzaju publikacye pomódzby mogły do przełamania zakorzenionej obojętności na sprawy higieny publicznej i społecznej.

Wnioski krajowej Rady zdrowia, zamykające jej sprawozdanie, nie wymagają już tak szczegółowego omówienia, jak w r. z., ponieważ znaczna ich część i w tym roku jest tylko ponowiona i ponieważ trzebaby chyba powtórzyć uwagi, które nam się w r. z. nasunęły. Dlatego ograniczę się jedynie do przytoczenia wniosków nowych i tych, które uległy zmianom, oraz zaznaczenia, które z dawniejszych tym razem ze sprawozdania znikły. (Por. »Przegląd lek.« 1907. Nr. 31).

W sprawie higieny miast i mieszkań są nowe dwa wnioski:

»(4). Aby ułatwić urzędnikom państwowym warunki bytu w miastach prowincyonalnych i ochronić zdrowie ich i ich rodzin od szkodliwości złych mieszkań, należy na szerszą skalę obmyśleć plan budowania zdrowych domów mieszkalnych dla urzędników państwowych«.

»(6). Sposób usuwania śmieci i nieczystości z miast powinien być uregulowany i wykonywanie przepisów ściśle przestrzegane«.

Z zakresu higieny szkolnej dodano do wniosku o ustanowieniu lekarzy szkolnych słuszne »życzenie, aby w sprawozdaniach dorocznych c. k. Kraj. Rady szkolnej więcej niż dotychczas zwracano uwagi na sprawy wychowania fizycznego młodzieży i jej stan zdrowia«; do wniosku o podwyższenie dotacyi krajowej na budowę szkół ludowych uwagę, że »należy zbadać normalne plany na budowę szkół ludowych i wprowadzić takie ulepszenia, aby zapobiedz niszczeniu wielu budynków szkolnych przez grzyb i zapobiedz brakowi wychodków przy wielu takich budynkach«.

Nowym jest tu wniosek:

»(12). Udzielając koncesyę na szkołę prywatną, powinno się przez znawcę sanitarnego zbadać, czy lokal jest odpowiedni na cele szkolne, przepisać największą dozwoloną ilość uczniów lub uczenic, a w razie, gdy przy szkole ma być internat, stwierdzić, iż są osobne i odpowiednie ubikacye do tego celu. Od wypełnienia warunków sanitarnych winno być zależnem pozwolenie na otwarcie szkoły prywatnej«.

W zakresie szpitalnictwa spotykamy nowy wniosek, niemałej praktycznej doniosłości, (którą dokładniej rozpatrywaliśmy w r. z. w artykułach o szpitalnictwie):

»(21). Służbę szpitalną powinni przyjmować i oddalać dyrektorowie zakładów leczniczych«.

Również pożądanym nazwać trzeba wniosek:

»(30). Zachodzi potrzeba przyznać lekarzom urzędowym przy c. k. starostwach mniej zależne stanowisko, przynajmniej takie, jakie mają inspektorowie podatkowi lub szkolni, a nadto przydać im do pomocy funkcyonaryusza, któryby nietylko załatwiał czynności pisarskie, ale był także nadzorcą przy wykonywaniu zarządzeń sanitarno-policyjnych«.

W końcu dodała Rada zdrowia wnioski następujące:

»(32). Pożądanem jest, aby istniejące w kraju łaźnie poprawiały się stopniowo pod względem czystości i porządku i aby gminy miejskie, zwłaszcza zamożniejsze, budowały łaźnie ludowe«.

»(33). Znaczna śmiertelność niemowląt, w niektórych powiatach administracyjnych od szeregu lat stale występująca, wymaga koniecznie ścisłego zbadania przyczyn tego zjawiska i zastosowania odpowiednich środków zapobiegawczych«.

Znikł w ostatniem sprawozdaniu wniosek o zmianę ustawy zdrojowej, załatwioną przez zeszłoroczną uchwałę Sejmu.

Inne wnioski pozostały bez zmiany. Wiele z nich długo jeszcze zapewne powtarzać się będzie i powtarzać się musi, jakoto: o osuszanie bagnisk i regulacyę rzek, o ściślejsze przestrzeganie ustawy budowniczej, o usunięcie zapomocą stosownej ustawy braku wychodków po miasteczkach, o budowę gmachów szkół średnich, o ustanowienie lekarzy szkolnych, o żywszą akcyę budowlaną w zakresie szkół ludowych, o boiska szkolne, o nowe szpitale, o przytuliska dla kalek i nieuleczalnych, o zaopatrzenie szpitali w oddziały dla chorób zakaźnych i umysłowych, o zakłady dla głuchoniemych i ciemnych, o nowe budynki dla więzień. Kilka wniosków wkrótce zapewne doczeka się spełnienia, jak o otwarcie w kraju drugiego rządowego zakładu badania środków spożywczych, o państwową ustawę epidemiczną, gdyż rychłe spełnienie tych żądań zostało już przez rząd publicznie zapowiedziane w parlamencie wiedeńskim, oraz o budowę drugiego krajowego zakładu dla obłąkanych, postanowioną już w Kobierzynie i uchwaloną przez Sejm stanowczo.

Ale nie bez przykrego uczucia czyta się ponownie takie wnioski, których wypełnienie jeżeli nie dokonane, to przygotowane być i powinno i mogło, jak o rozszerzenie czynności krajowego biura melioracyjnego na sprawy asanacyjne, o wydanie rozporządzeń, zwalczających partactwo położnicze, o zmianę ustaw budowniczych zastosowaną do obecnego postępu higieny, o powołanie do Rady szkolnej członka z grona Rady zdrowia (co przecież żadnych nie może sprawiać trudności!), o założenie szkoły dla służby szpitalnej, o budowę domu porodowego w Krakowie, o ustawę o opiece nad ubogimi, o (tylokrotnie obiecywany) fundusz emerytalny dla lekarzy okręgowych i gminnych. Wszystkie bowiem te sprawy mogłyby były albo już być załatwione, albo przynajmniej raz już pchnięte na dobre tory, gdyby była potemu dobra wola.

Streszczenie zeszłoroczne sprawozdań Rady zdrowia zamknąłem kilku ogólniejszemi uwagami, które mi się po rozpatrzeniu się w sprawozdaniach z trzech lat poprzednich nasunęły. Uwagi te dotyczyły pewnych reform o szerszem znaczeniu, któreby i na postępy sanitarne wpływ wywrzeć mogły bardzo znaczny. Reform tych, o ile zależą od Sejmu, nic nie zapowiada; przez rok ubiegły nietylko się one nie zbliżyły, ale raczej oddaliły, przygniecione dominującą na razie w życiu publicznem sprawą zmiany sejmowej ordynacyi wyborczej. Toteż i do uwag zeszłorocznych niema co dodać, ani z nich ująć; słuszności niektórych dowodziłoby to, że podobne poglądy wyraża w ostatniem swem sprawozdaniu korporacya najkompetentniejsza, Krajowa Rada zdrowia (n. p. co do zapewnienia władzom sanitarnym większego znaczenia i większej samodzielności).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska *ogłasza następujące* Ostrzeżenie.

Dr Klein z Rajczy rozpoczął kroki o poprawę bytu materyalnego przez wniesienie do Zarządu Kasy chorych w Żywcu podania o 50% podwyższenie poborów. Izba lekarska prosi Kolegów, aby w razie zatargu nie podawali się o tę posadę bez porozumienia się z Izbą.

Państwowy Związek org. lek. austr. ostrzega jaknajusilniej przed przyjmowaniem posady w gminie Rossbach.

Ze Związku lekarzy rządowych austryackich. W dniu 3. maja r. b. ukonstytuował się w Wiedniu Związek centralny, ogólno-państwowy, wszystkich lekarzy rządowych w państwie austryackiem, a to dzięki zabiegom lekarzy rządowych galicyjskich, głównie zaś przewodniczącego Związku tychże lekarzy, Dra Czyżewicza z Jarosławia, który nie szczędził ni czasu, ni pióra, aby doprowadzić do zawiązania tego rodzaju związków w poszczególnych prowincyach austryackich, a następnie wytworzyć organizacyę centralną. Zasługi te podniósł przewodniczący Związku lekarzy dolno-austryackich Dr Gustaw Paul, dyrektor głównego państwowego Zakładu dla szczepień ochronnych od ospy, przy sposobności zawiązania Związku centralnego w Wiedniu w dniu 3. maja r. b.

Delegatami z Galicyi na ten zjazd byli Dr Czyżewicz i Dr Peters; z innych prowincyi austryackich, nawet najodleglejszych, przybyli również delegaci, i tak nawet Związki lekarzy rządowych w Bukowinie, Dalmacyi, Pobrzeżu i t. d. wysłały swych delegatów do obrad nad polepszeniem ciężkiej doli niestrudzonych pracowników na polu walki z chorobami zakaźnemi i podniesieniem warunków higienicznych w poruczonych ich pieczy powiatach, nieraz bardzo zaniedbanych.

Na wniosek Dra Czyżewicza uchwalono na tym zjeździe, aby na każdych 25 lekarzy rządowych przypadał 1 delegat tak, aby nawet drobne prowincye austryackie były reprezentowane w Związku ogólno-państwowym przez swego delegata. Następnie ustanowiono miasto Wiedeń jako główną siedzibę Związku centralnego; w Wiedniu musi mieszkać przynajmniej jeden z sekretarzy Związku ogólno-państwowego. W roku 1909 odbędzie się również w Wiedniu zjazd delegatów, a następnie kolejno będą odbywały się zjazdy w stolicach krajów austryackich. Jako wkładkę ustanowiono po 4 korony za każdego członka, należącego do Związku prowincyonalnego, a po 6 koron, gdyby który z lekarzy rządowych do Związku prowincyonalnego nie należał, a chciał należeć do Związku centralnego. Na rok 1908 wybrano przewodniczącym Dra Gustawa Paula w Wiedniu, zastępcami zaś przewodniczącego Dra Czyżewicza z Jarosławia i Dra Wintera z Wiednia. Uchwalono nadto wysłać telegramy dziękczynne do członków najwyższej Rady sanitarnej Prof. Dra Ludwiga, Jakscha i Kostaneckiego za chętne poparcie spraw lekarzy rządowych z prośbą o dalsze opiekowanie się nimi, nadto wysłać deputacye do prezesa Koła Polskiego Prof. Dra Głąbińskiego i członków Koła Dra Dietziusa i Dra Golda za dotychczas już okazaną życzliwość i niepłonne obietnice wprowadzenia postulatów lekarzy rządowych na lepsze tory.

Związek centralny ma też bezzwłocznie wręczyć ministrom spraw wewnętrznych i finansów oraz prezydyum obu Izb parlamentu austryackiego petycyę o poprawę rangi płacy w ten sposób, iż jedna piąta lekarzy rządowych w każdej prowincyi ma posiadać rangę VII, dwie piąte rangę VIII, jedna piąta rangę IX i jedna piąta rangę X. Referent sanitarny krajowy ma być posunięty do rangi V, inspektorzy sanitarni do rangi VI. Do petycyi ma być dołączony pogląd na stosunki służbowe dotąd istniejące i procentowy stosunek rang lekarzy rządowych do urzędników w innych kategoryach, opracowany dla całego państwa na wzór takiegoż zestawienia, dołączonego do petycyi przez Związek lekarzy rządowych galicyjskich, już powyższym Ministerstwom przedłożonej.

W końcu uchwalono wydawać kwartalny organ centralnego Związku lekarzy rządowych, który będzie bezpłatnie rozsyłany członkom Związku, a obowiązki korespondenta z Galicyi do tegoż kwartalnika objął podpisany sprawozdawca.

Dr Obtułowicz.

Skutki organizacyi lekarskiej objawiły się znowu dobitnie w sprawie lekarzy szpitali krajowych morawskich w Bernie. Jak wiadomo, lekarze ci zażądali poprawy bytu, a gdy żądań tych kilkakrotnie nie uwzględniono, wypowiedzieli solidarnie swe posady, w czem poparły ich organizacye lekarskie, czeska i niemiecka, ostrzegając swych członków przed podawaniem się o te stanowiska. Wynikiem tego była zarządzona przez Namiestnictwo morawskie konferencya, która skończyła się przyznaniem lekarzom pomocniczym żądanej poprawy bytu (w pierwszym roku płaca 1400 K., w każdym dalszym o 200 K. więcej aż do 2000 K., ubezpieczenie przez Wydział krajowy od wypadku). *R.*

Dwumilionowy fundusz państwowy na zwalczanie gruźlicy w Austryi. Odsetki tego funduszu za r. 1908 i drugą połowę r. 1907, wynoszące 94,527 K., zostały już rozdane. 7 Towarzystwom zwalczania gruźlicy zapewniono większe subwencye przez lat 15, i tak Towarzystwu »Viribus unitis« w Wiedniu, Towarzystwu uzdrowiska Alland i Towarzystwu styryjskiemu po 7000 K., czeskiemu i niemieckiemu Towarzystwu krajowemu w Pradze po 5000 K., krajowemu Towarzystwu w Krainie 4500 K., Towarzystwu »Lecznicy toczniowej« w Wiedniu 2000 K. Dalej otrzymały krajowe Towarzystwa morawskie i śląskie (utrzymujące tylko dyspensatorya) na 6 lat po 6000 i 4500 K. Wreszcie na r. 1908 przyznano trzem, na początku wymienionym Towarzystwom (»Viribus unitis«, »Alland« i styryjskiemu) po 8000 K., obu czeskim po 6000 K., morawskiemu i śląskiemu po 4000 K., kraińskiemu 2000 K. — A Galicya? Obawy nasze, że dla Galicyi okroi się niewiele, sprawdziły się aż nadto! Podobno statut fundacyi dozwala udzielać zasiłków tylko działającym już towarzystwom przeciwgruźliczym. Ale we Lwowie istnieje już przecie od lat kilku i rozpoczęło działalność Towarzystwo przeciwgruźlicze, mamy 2 sanatorya dla ubogiej młodzieży i kolonie dla dzieci zołzowatych. Cóż więc jest przyczyną, że kraj nasz zupełnie pominięto? *R.*

Szczepienie w Krakowie. Od lat kilku w sprawozdadaniach krajowej Rady Zdrowia znajdowała się w rozdziale o szczepieniach wzmianka, że w Krakowie szczepienia publiczne nie są należycie zorganizowane. Okoliczność ta sprawiła, że miejska komisya sanitarna wskutek wniosku prof. Pareńskiego uchwaliła, aby Magistrat zorganizował szczepienia publiczne w Krakowie w ten sam sposób, jak w innych większych miastach, w szczególności zaś, aby do szczepień publicznych rozsyłano wezwania i w ten sposób przypominano publiczności o dokonaniu tego zabiegu w czasie stosownym. Magistrat uchwałę tę wykonał, a rok bieżący jest pierwszym, w którym do szczepień publicznych rozesłano imienne wezwania. Na podstawie uzyskanych od właścicieli i administratorów domów w Krakowie, spisów dzieci urodzonych w ostatnim roku, a nieszczepionych, i zgłoszeń porodów z ostatniego roku — zestawiono wykaz dzieci, które zaszczepić należy, a do rodziców tych dzieci rozsyła się wezwania imienne. Aby oprócz tego pod jesień nastręczyć ponownie sposobność do szczepienia tych dzieci, których na wiosnę z jakichkolwiek powodów nie zaszczepiono, urządzi Magistrat ponowne publiczne i bezpłatne szczepienia przez cały miesiąc wrzesień b. r. Rewakcynacye odbędą się w miejskich szkołach tak samo, jak po inne lata, w maju i czerwcu. Nowa organizacya szczepień publicznych w Krakowie wyda niewątpliwie wyniki pomyślne, a odsetek dzieci zaszczepionych będzie niewątpliwie w tym roku znacznie wyższy, niż po inne lata; z tem zaś zmniejszy się niebezpieczeństwo ospy w obrębie miasta. *S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. do 9. V. 1908 doniesiono o 130 nowych przypadkach duru plamistego w 24 gminach. a mianowicie: pow. Bohorodczany (Dźwiniacz 3, Konnacz 5), Gródek jagiel. (Uherce niezabitowskie 7, Rodatycze 1), Jaworów (Czernilawa 3, Drohomyśl 3, Kłonice 3), Kamionka (Majdan stary 6, Stojanow 1), Mościska (Czerniawa 40), Podhajce (Nowosiółka 1), Przemyślany (Połtew 4), Rawa (Biała 5, Zamek 10, Pogorzelisko 2), Rohatyn (Rohatyn 2), Sokal (Spasów 8), Stanisławów (Komarno 1), Stryj (Tuchla 2, Hołowiecko 3, Orawczyk 11), Zborów (Pleśniany 4, Presowce 2), Kamionka (Kamionka 3), oraz sprawdzono 1 przypadek ospy w mieście Krakowie. *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 3. do 9. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 55, nieżywo 5; zmarło osób 51 (w tem obcych 22), z nich z gruźlicy 12 (4), zapalenia płuc 7 (2), błonicy 1 (1), płonicy 2 (2), odry 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. do 9. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † 1 (tem obcych (3 † 1), ospy 1, płonicy — † 2 (— † 2), odry 10 † 1 (1 † 1), duru brzusznego 1. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 3. do 9. V. 1908 głoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 1, płonicy 19 † 1 (1 † —), odry 9, duru brzusznego 3 (1), nagm. zapalenia opon 1 (1). *Dr Leg.*

Wiadomości bieżące.

Polski Komitet IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich ogłasza, co następuje:

»W dniu 6—10. czerwca b. r. odbędzie się w Pradze IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Od samego utworzenia instytucyi Zjazdów przyrodniczo-lekarskich w Polsce i w Czechach uczestniczyli prawie zawsze przedstawiciele nauki czeskiej w polskich, a Polacy w czeskich Zjazdach. Utrzymanie i wzmocnienie węzła, łączącego oba narody słowiańskie na polu kulturalnem, stało się dziś wzajemną potrzebą, a przyniósłszy już niejednokrotnie obopólną korzyść, w przyszłości jeszcze obfitsze rokuje owoce. Dlatego Komitet polski ufa, że i tym razem lekarze i przyrodnicy polscy gromadnie pospieszą do Pragi, by uczestniczyć w uroczystem święcie nauki czeskiej.

Udział w Zjeździe i tytuły zamierzonych wykładów zgłaszać należy wprost do Kancelaryi IV. Zjazdu lek. i przyr. czeskich w Pradze (Vladislavova ul. 14). Tam też przesyłać można wkładkę uczestnictwa w kwocie 10 koron, lub składać ją w filiach »Živnostenskiego Banku«. Kancelarya Zjazdu w Pradze przyjmuje zamówienia mieszkań i udziela wszelkich wyjaśnień.

Prezes Komitetu: *Prof. Wicherkiewicz.*

Kraków. Uzupełniając wiadomości, podane w poprzednim numerze »Przeglądu lek.« o Walnem Zgromadzeniu Polskiego Towarzystwa balneologicznego w d. 3. V. 1908, nadmienić należy, że skład nowoobranego Wydziału Tow. jest następujący: prezes Jan hr. Potocki, wiceprezes Dr Cercha, skarbnik Dr Piotrowski, redaktor Dr Flis, sekretarz Dr Zanietowski, członkowie Dr: Aronsohn, Pelczar, Regiec, Wąsowicz, Zathey. Gdyby II. Zjazd balneologiczny, którego urządzenie z końcem września b. r. w Zakopanem poruczono Wydziałowi Tow., nie mógł się w tym czasie odbyć, w takim razie odbyłby się z końcem kwietnia 1909 r. w Krakowie lub we Lwowie. Walne Zgromadzenie wyraziło życzenie, aby prezes Towarzystwa przedstawił Namiestnikowi kraju szereg piekących postulatów, dotyczących krajowego zdrojownictwa, a poruszonych na Zgromadzeniu, aby delegat »Głosu warszawskiego« p. Skarżyński, który przybył do Galicyi celem zbadania i poparcia zdrojowisk polskich, otrzymał od Towarzystwa list polecający, wreszcie aby w organie Towarzystwa pomieszczono opis ulepszeń, dokonanych w ostatnim roku w naszych zdrojowiskach. — W sprawie Zjazdu balneologicznego oraz innych, przez Zgromadzenie uchwalonych postulatów, odbył Wydział Towarzystwa balneol. w dniu 4. V. 1908 posiedzenie i rozpoczął odrazu kroki przygotowawcze.

Lwów. Rada miejska uchwaliła uczcić jubileusz cesarski założeniem przytułku dla opuszczonych niemowląt i dzieci do 7. roku życia na 100 miejsc, ofiarując na ten cel 6 morgów gruntu, 150,000 K na budynki i 25,000 K rocznej dotacyi wieczystej.

Warszawa. Wystawa higieniczna w Lublinie, mająca się odbyć we wrześniu b. r., ma na celu nietylko rozpowszechnienie najnowszych zdobyczy na polu higieny stosowanej, ale i zestawienie stanu wytwórczości naszej na tem polu i przez to podniesienie odpowiednich działów przemysłu krajowego. W czasie wystawy odbędzie się Zjazd higieniczny, który m. i. będzie przeglądem dziesięcioletniej działalności warszawskiego Towarzystwa higienicznego i jego oddziałów prowincyonalnych. Komitet zaprasza przeto do nadsyłania i zgłaszania odpowiednich prac i referatów. Wystawa obejmuje 16 działów: higienę dziecka, higienę wychowawczo-pedagogiczną, higienę mieszkań, żywienia, odzieży, miast, fabryk, kolei, higienę ludową, balneologię, bakteryologię i zwalczanie chorób zakaźnych, szpitalnictwo, przemysł techniczny i chemiczny w zastosowaniu do higieny i lecznictwa, aptekarstwo i statystykę naukową. Wśród członków Komitetu znajdują się Dr Tołwiński (wiceprezes), Dr Modrzewski (sekretarz), Drzy Dobrucki, Jaworowski, Klarner, Piętkowski, Polak (czł. honorowy). Zgłoszenia należy nadsyłać do 15. V. na ręce Dra Jana Modrzewskiego (Lublin, Krakowskie Przedmieście 15), który też udziela wszelkich wyjaśnień.

— Narady warsz. Towarzystwa higienicznego (Zjazd higieniczny) w czasie Wystawy higienicznej w Lublinie odbyć się mają w d. 26., 27. i 28. IX. b. r. według następującego programu: 1. Mikrobiologia i parazytologia. 2. Zapobieganie chorobom zakaźnym. 3. Higiena żywienia i odzieży. 4. Walka z alkoholizmem. 5. Higiena wieku dziecięcego i szkolna. 6. Higiena mieszkań, 7. miast, 8. wsi, 9. przemysłu. 10. Pomoc lecznicza i szpitale. 11. Statystyka sanitarna. 12. Balneologia. 13. Higiena komunikacyi. 14. Popularyzacya higieny.

— Towarzystwo lekarskie w Częstochowie liczyło w r. 1907 24 członków rzeczywistych, 3 honorowych, 4 korespondentów; na 8 posiedzeniach odbyło się 13 odczytów i 11 demonstracyi. Dochody w r. 1907 wynosiły 282 rb., rozchody 314 rb. Biblioteka zawierała 449 dzieł i 400 czasopism. Na r. 1908 wybrani zostali: prezesem Dr Wł. Biegański, wiceprezesem Dr Wrześniowski, sekretarzem Dr Rosenfeld, skarbnikiem Dr Batawia.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. Członkami Komitetu polskiego z ramienia Towarzystwa higienicznego lwowskiego są prezes Dr Obtułowicz i Prof. Dr Gizelt, z ramienia Towarzystwa przyrodników im. Kopernika Prof. Dr Marchlewski.

Z różnych stron. Porządek dzienny III. ogólnego Zebrania »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 25. IV. (8. V.) b. r. obejmował następujące wykłady: 1) Inż. Wł. Dzierzgowski: O katalazie przewodu pokarmowego. 2) Prof. Ziemacki: W sprawie podniesienia produkcyi krajowej wyrobów farmaceutycznych i lekarskich oraz szerszego rozpowszechnienia wód mineralnych krajowych.

— Akademia wojskowolekarska w Petersburgu zamierza wprowadzić nowe prawidła, dotyczące rozpraw doktorskich i ich obrony. W celu ułożenia tych prawideł wybrała Rada profesorska osobną komisyę. *S.*

— W kąpielach kaukazkich (Essentukach i Zeleznowodsku) przedłużono sezon kąpielowy, ograniczono kąpiele bezpłatne i podniesiono opłaty za kąpiele. *S.*

— W klinice chirurgicznej Prof. Fiodorowa w Petersburgu przez nieostrożność Sióstr miłosierdzia użyto do przepłukiwania jelita grubego rozczynu sublimatu 1:40. Chory zmarł po dobie w strasznych męczarniach. *S.*

— »Zeitschrift f. Heilkunde«, najstarsze i najpoważniejsze z pism archiwalnych austryackich, przestaje wychodzić — dla braku środków materyalnych. Wiedeńskie pisma lekarskie wyrażają zdanie, że tego rodzaju wydawnictwo upaść nie powinno i domagają się dlań subwencyi rządowej. Ale w takim razie należałaby się pomoc rządowa, zdaniem naszem, nietylko niemieckim pismom lekarskim tego rodzaju.

— Od kilku lat urządza niemiecki komitet uzupełniających studyów lekarskich zbiorowe wycieczki naukowolekarskie. Najbliższą będzie wycieczka do szeregu uzdrowisk nadmorskich, wyruszająca z Hamburga na statku »Oceana«, 1. września b. r. Wycieczka ta zwiedzi uzdrowiska na wyspie Wight, na zachodnim brzegu Europy, Maderę, Teneryffę i Tanger. Cena miejsca od 525 Mk., obejmuje koszt wycieczek na lądzie. Wyjaśnień udziela komitet wycieczek (Komitée zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen, Berlin NW. Luisenplatz 2 4).

— Sprawa pomnika Virchowa w Berlinie, głośna swego czasu przez to, iż wywołała spory.... artystyczne między... lekarzami i pismami lekarskiemi, przybrała nowy zabawny obrót przez wmieszanie się cesarza Wilhelma, który sprzeciwił się obecnemu projektowi pomnika.

Mianowani: Dr Stanisław Burzyński lekarzem sztabowym w marynarce austr.

Prof. Ostertag dyrektorem w ces. Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

Powołani: Prof. Lange z Monachium na katedrę chirurgii ortopedycznej w Berlinie (po Hoffie).

Zmarli:

Dr Julian Olpiński

ur. w Trembowli, ukończywszy szkoły średnie w Tarnopolu, studya lekarskie odbył w Krakowie, gdzie też uzyskał w r. 1871 dyplom doktorski. Osiadłszy w rodzinnem mieście, cieszył się jako lekarz i obywatel uznaniem i poważaniem współobywateli, którzy w r. 1877 obrali go członkiem trembowelskiej Rady powiatowej, w r. 1882 burmistrzem m. Trembowli, a następnie posłem na Sejm krajowy. Urząd burmistrza m. Trembowli piastował do końca życia. Obok pracy lekarskiej i społecznej znajdował jeszcze ś. p. Olpiński czas i siły na pracę piśmienniczą, ogłaszając kilka rozpraw z zakresu otyatryi, medycyny publicznej i »Zbiór ustaw i rozporządzeń zdrowotnych, obowiązujących w Galicyi« (1882), a nadto na numizmatykę, której był miłośnikiem i znawcą. Spokój Jego popiołom!

Dr Leopold Haim, lekarz powiatowy (w Rudkach) w 43 r. ż. w Krakowie.

Dr Mieczysław Korzeniowski, urodzony w roku 1861 w Siedlcach, wychowaniec uniw. warszawskiego, uczeń ś. p. Krajewskiego i jego następca, jako ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, w 46 r. ż. w Warszawie; Dr Feliks Rymowicz, urodzony w kowieńskiem, wychowaniec petersburskiej akademii lekarskiej, b. lekarz sekretaryatu stanu Królestwa Polskiego w Petersburgu, w ostatnich latach wiceprezes wydziału ochron warsz. Towarzystwa Dobr., zmarł w 82 r. ż. w Warszawie;

anatom Prof. Guldberg w Chrystyanii.

Redakcya otrzymała: H. Landau: Zur Lehre von der sogenn. »körnigen Degeneration der Erythrocyten«. Folia haemat. 1908. — Brodzki: Experimentelle Untersuchungen üb. d. Verhalten des Blutdruckes u. üb. d. Einfluss der Nahrung auf denselben bei chronischer Nephritis. Deuts. Archiv f. klin. Med. T. 93. 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. maja o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Kol. Cetnarowski: »Leczenie sposobem Pinkusa w cierpieniach ginekologicznych« (z demonstracyami).

Posiedzenie Sekcyi Jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się **we czwartek dnia 21. maja 1908 o godzinie 6 wieczór** z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych. 2) Higiena wychowania według najnowszych badań, kolega Dr Rossberger. 3) Omówienie spraw zawodowych.

O liczne zebranie się uprasza Biuro Sekcyi jarosławskiej.

Dr Feldmann, sekretarz. *Dr W. Czyżewicz*, przewodniczący.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Szczawnica.

Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Balikowski Stan.**, radca ces, (Villa „Höflinger" VII).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte. Wiese. Haus „Nizza".